

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Anderson Francisco Lins de Farias

Nº da Carteirinha: 13.3.4428

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 04/10/2007

Nº da Guia: 16043



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/03/2024	20:30:00	Pátio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Joelho Esquerdo

Descrição

durante uma brincadeira de futebol no pátio em frente ao ginásio o aluno em uma dividida chocou-se com o colega , onde o pé do seu colega bateu em seu joelho esquerdo e causou fortes dores.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Geazi Gomes de Oliveira	(44) 99907-4682

Quem prestou primeiros socorros	Data
Geazi Gomes de OLiveira	17/03/2024

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

Observações

o aluno foi orientado a usar gelo e depois encaminhado ao hospital

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	1329526	Atendimento	8788335	ID	
Nome	Anderson Francisco Lins de Farias	Sexo	Masculino	Paciente:	1747314
Mãe	Gislaine Madalena Lins de Oliveira	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	16043
Data Nascto	04/10/2007	Cód.Usuário	1334428	Funcionário	Victor.Schappo
Idade	16 anos e 5	Senha		Df.Validade	31/12/2222
Data	17/03/2024	Hora	09:29	Responsável	Hely Teixeira de Almeida
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, 17 de março de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF

Joinville, 17 de março de 2024.

Anderson Franscisco Lins de Farias

:USO ORAL

Flancox 600 mg

Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas, POR 5 DIAS.

Caixa com 14 comprimidos.

Meio dia
Meia noite.

:USO TÓPICO

Acheflan

Cordia verbenacea DC Spray (1 Frasco)

Aplicar 3 vezes ao dia, SE DOR

Dr. Mário Sérgio da S. Miranda
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15846 - RQE 10.930

Dr. Mario Sergio da Silva Miranda (CRM 15846)



catarinense

CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (728)

RUA BLUMENAU, 138 - CENTRO
JOINVILLE - SC - CEP: 89204-250
FONE: (47) 3433-1518

Fiscal Eletronica

0 - Entrada

1 - Saída

1

Nº: 127900

SÉRIE 00001

Página 1 de 1



CHAVE DE ACESSO

42240384683481010059550010001279001744422317

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

342240070538750 / 17/03/2024 10:42:06

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

CNPJ / CPF

15.116.763/0004-12

DATA DA EMISSÃO

17/03/2024

ENDEREÇO

JULIA DA COSTA

1447

BAIRRO / DISTRITO

BIGORRILHO

CEP

80730070

DATA ENTRADA / SAÍDA

17/03/2024

MUNICÍPIO

CURITIBA

FONE / FAX

UF

PR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

10:42:05

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO ICMS

140,80

VALOR DO ICMS

23,93

BASE DE CÁLCULO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS ST

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

143,39

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

2,59

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL

140,80

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

0 - EMITENTE

1 - DESTINATÁRIO

9

CÓDIGO ANTT

PLACA VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

0,000

PESO LÍQUIDO

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	ALÍQ ICMS	ALÍQ IPI
1000003515	ACHEFLAN 75ML AERO 5MG/G Lote:RET.EX2302 Qt:1	30049099	500	5102	UN	1,000	84,61	84,61	84,61	14,38	0,00	17,00	0,00
1000024120	FLANCOX C/14 CPR REV 600MG Lote:23070250 Qt:1	30049079	500	5102	UN	1,000	58,78	58,78	58,19	9,55	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PDV: 6, OPER.: 62087 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 18,94 -
ESTADUAIS: R\$ 23,93. Fonte: IBPT.

RESERVADO AO FISCO



Paciente Anderson Francisco Lins de Farias
Data Nasc. 04/10/2007 16 Anos
Sexo Masculino
Setor Emergência Ortopédica
Sem Acomodação 1

CPF 13919708962 Atendimento 8.788.335
Prontuário 1.329.526
Dt. Entrada 17/03/2024 09:29:57
Convênio Escola Adventista Básico

Responsável Hely Teixeira de Almeida

CPF

Sinais	PA máx	PA mín	FC(bpm)	FR(mmm)	Temp(°C)	Peso(Kg)	Altura(cm)	IMC	HGT	BCF(bpm)
17/03/2024 09:36:31	118	69	75	17	36,1					

Gerado pela função: Prontuário Eletrônico Paciente - PEP

Evolução	Profissional	Cod Prof	Profissão
17/03/2024 09:36:21	Laura Fontoura Perim	COREN	Enfermeiro(a)

Identificação de risco de queda EME

Pontuação : 0 - NÃO FORAM IDENTIFICADOS RISCOS DE QUEDA

Resultados:

Dor > 8: N

Vertigem: N

Risco de queda

Sem risco de queda : S

Pacientes que necessitam de auxílio de equipamentos para caminhar (Bengala, muletas, andador, próteses, fixador externo): N

Pacientes com deficiência visual (cegueira / baixa visão): N

Pacientes idosos com idade igual ou acima de 80 anos: N

Pacientes com imobilização ortopédica (em uso de talas e gesso): N

Dificuldades para deambular: N

17/03/2024 09:36:29 Laura Fontoura Perim COREN Enfermeiro(a)

Identificação Risco psíquico na EME

Pontuação : 0 - Sem risco psíquico

Resultados:

Risco Psíquico

Sem risco psíquico: S

Pensamentos suicidas ocasionais.: N

Expressam o desejo de cometer suicídio, mas não possuem um plano ou intensão específica.: N

Tentativa de suicídio anterior com ideias e planejamento recente de morte.: N

17/03/2024 09:37:49 Laura Fontoura Perim COREN Enfermeiro(a)

Triagem ESI

Motivo de atendimento: Clínica Médica

Queixa descritiva: TRAUMA FECHADO EM JOELHO D, ONTEM.

Triagem ESI

Verde:

Verde ,

17/03/2024 10:33:48 Mario Sergio da Silva Miranda CRM 15846 Médico

Avaliação: EME - Consulta médica

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL : DOR EM JOELHO APÓS CONTUSÃO DURANTE FUTEBOL

SEM EDEMA OU HEMATOMA LOCAL

RAIO X SEM SINAIS DE FRATURA



Paciente **Anderson Francisco Lins de Farias**
Data Nasc. **04/10/2007** 16 Anos
Sexo **Masculino**
Setor **Emergência Ortopédica**
Sem Acomodação **1**

CPF **13919708962** Atendimento **8.788.335**
Prontuário **1.329.526**
Dt. Entrada **17/03/2024 09:29:57**
Convênio **Escola Adventista Básico**

Responsável **Hely Teixeira de Almeida**

CPF

EXAME FÍSICO : DOR EM REGIÃO LATERAL DO JOELHO
SEM EDEMA OU HEMATOMA LOCAL
SEM DEFORMIDADES

SEM SINAIS DE INSTABILIDADE

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA : CONTUSÃO EM JOELHO

CONDUTA MÉDICA : ANALGESIA E ORIENTAÇÕES

RETORNO SE NECESSÁRIO

Paciente de ALTA : Sim

CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ALTA : Melhorado

ORIENTAÇÕES DE CUIDADOS PARA ALTA : Use somente medicamentos prescritos pelo médico.

Retornar ao Hospital Dona Helena em caso de urgência.

Diagnóstico	Profissional	Tipo Diagnóstico
17/03/2024 10:35:03	Mario Sergio da Silva Miranda	Definitivo
S800	CONTUSAO DO JOELHO	Principal

Prescrições	Data Prescrição	Médico
11675975	17/03/2024 10:02:00	Dr. Mario Sergio da Silva Miranda (CRM 15846)

Procedimentos/Serviços/Exames

Qtde / Intervalo

Hora execução

1 Rx Joelho AP/Perfil Direito

Agora

10:19 #K#P

Desfecho	Dt desfecho	Profissional	Motivo Alta	Orientação
Alta	17/03/2024 10:35:19	Mario Sergio da Silva Miranda	Alta médica	