

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Arthur Siqueira Albrecht

**Nº da Carteira:** 13.3.4481

**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

**Data de Nascimento:** 15/02/2009

**Nº da Guia:** 21581



| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade               |
|--------------------|----------|---------|-------------------------|
| 30/09/2024         | 14:50:00 | Ginásio | Aula de educação física |

| O que aconteceu                                                | Partes do corpo |
|----------------------------------------------------------------|-----------------|
| Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro) | Rosto           |

**Descrição**  
Aluno estava jogando handebol, recebeu uma bolada no rosto, com sagraimento em nariz + + +, dor ao toque, visão turva em olho E, e sensação e obstrução nasal. Encamho para avaliação e condut, ao servico de emergência

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Andre                    | (47) 3447-7400 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Renata                          | 30/09/2024 |

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

**Observações**  
Aluno estava jogando handebol, recebeu uma bolada no rosto, com sagraimento em nariz + + +, dor ao toque, visão turva em olho E, e sensação e obstrução nasal. Encamho para avaliação e condut, ao servico de emergência

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](mailto: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



## FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

|             |                                    |             |                      |             |                  |
|-------------|------------------------------------|-------------|----------------------|-------------|------------------|
| Prontuário  | 1346477                            | Atendimento | 9205917              | ID          |                  |
| Nome        | Arthur Siqueira Albrecht           | Sexo        | Masculino            | Paciente:   | 1784178          |
| Mãe         | Elizete Pimentel Siqueira Albrecht | Clínica     | Emergência CIRÚRGICA | Guia        | 21581            |
| Data Nascto | 15/02/2009                         | Cód.Usuário | 1334481              | Funcionário | Victor.Schappo   |
| Idade       | 15 anos e 7                        | Senha       |                      | Dt.Validade | 31/12/2222       |
| Data        | 30/09/2024                         | Hora        | 15:56                | Responsável | Janaina Maria de |
| 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 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, 30 de setembro de 2024



HOSPITAL  
Dona  
HELENA

Dr. Braulio Cesar da Rocha Barbosa

Diretor Técnico Médico

CRM - SC 3379

Agende suas consultas e exames online através do  
[www.donahelena.com.br/agendaonline](http://www.donahelena.com.br/agendaonline)

Joinville, 30 de setembro de 2024.

**Arthur Siqueira Albrecht**

uso oral

1) Paracetamol 750 mg \_\_\_\_\_ 01 caixa

Tomar um comprimido de 6/6h

2) Ibuprofeno 600 mg \_\_\_\_\_ 01 caixa

Tomar um comprimido de 8/8h

APLICAR BOLSA DE GELO 3 X DIA POR 30 MIN

Dr. Luis Roberto Bastian  
Médico  
CRM/SC 6869

Dr. Luis Roberto Bastian (CRM 06869)



|                     |                                         |             |
|---------------------|-----------------------------------------|-------------|
| RECEBEMOS DE        |                                         | NF-e        |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | Nº: 133194  |
|                     |                                         | SÉRIE 00001 |

|                                                                                                                                                                                                                                                    |                              |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>catarinense</b><br><b>CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (728)</b><br>RUA BLUMENAU, 138 - CENTRO<br>JOINVILLE - SC - CEP: 89204-250<br>FONE: (47) 3433-1518 |                              | Documento Auxiliar da<br>Fiscal Eletronica<br>0 - Entrada<br>1 - Saída<br>Nº: 133194<br>SÉRIE 00001<br>Página 1 de 1 | CONTROLE DO FISCO<br><br>CHAVE DE ACESSO<br>4224098468348101005955001000133194159112581<br>Consulta de autenticidade no portal nacional da<br>www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz<br>PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br>242240184000291 / 30/09/2024 18:19:45 |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br>VENDA                                                                                                                                                                                                                      |                              |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>254357601                                                                                                                                                                                                                    | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. | CNPJ<br>84.683.481/0100-59                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

## DESTINATÁRIO / REMETENTE

|                                                       |            |                                  |                               |
|-------------------------------------------------------|------------|----------------------------------|-------------------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA |            | CNPJ / CPF<br>15.116.763/0004-12 | DATA DA EMISSÃO<br>30/09/2024 |
| ENDEREÇO<br>JULIA DA COSTA                            | 1447       | BAIRRO / DISTRITO<br>BIGORRILHO  | CEP<br>80730070               |
| MUNICÍPIO<br>CURITIBA                                 | FONE / FAX | UF<br>PR                         | INSCRIÇÃO ESTADUAL            |
|                                                       |            |                                  | HORA DA SAÍDA<br>18:19:46     |

## CÁLCULO DO IMPOSTO

|                               |                         |                                 |                                    |                                     |
|-------------------------------|-------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO ICMS<br>29,42 | VALOR DO ICMS<br>5,00   | BASE DE CÁLCULO ICMS ST<br>0,00 | VALOR DO ICMS ST<br>0,00           | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>52,3    |
| VALOR DO FRETE<br>0,00        | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | DESCONTO<br>22,90               | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>0,00 | VALOR DO IPI<br>0,00                |
|                               |                         |                                 |                                    | VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL<br>29,43 |

## TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

|              |                                                     |                  |               |                    |              |
|--------------|-----------------------------------------------------|------------------|---------------|--------------------|--------------|
| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA<br>0 - EMITENTE<br>1 - DESTINATÁRIO | CÓDIGO ANTT<br>9 | PLACA VEÍCULO | UF                 | CNPJ / CPF   |
| ENDEREÇO     | MUNICÍPIO                                           |                  | UF            | INSCRIÇÃO ESTADUAL |              |
| QUANTIDADE   | ESPÉCIE                                             | MARCA            | NUMERAÇÃO     | PESO BRUTO         | PESO LÍQUIDO |
|              |                                                     |                  |               | 0,000              | 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 | ALIQ IP |
|------------|-----------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|-------|-----------|------------|---------|-----------|----------|-----------|---------|
| 1000001877 | PARACETAMOL MEDLEY C/20 CPR REV 750MG GEN<br>Lote:EXP06486 Qt:1 | 30049045 | 500 | 5102 | UN   | 1,000 | 30,44     | 30,44      | 12,96   | 2,19      | 0,00     | 17,00     | 0,00    |
| 1000007006 | IBUPROFENO PRATI C/20 CPR REV 600MG GEN<br>Lote:24F480 Qt:1     | 30049029 | 500 | 5102 | UN   | 1,000 | 21,88     | 21,88      | 16,52   | 2,81      | 0,00     | 17,00     | 0,00    |

## DADOS ADICIONAIS

|                                                                                                                                                              |                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>PDV: 17, OPER.: 106430 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 3,96 -<br>ESTADUAIS: R\$ 5,00. Fonte: IBPT. | RESERVADO AO FISCO |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|