

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Arthur Teobaldo Werlich
Nº da Carteirinha: 13.3.3184
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 31/07/2007

Nº da Guia: 15638



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/03/2024	15:30:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição

Aluno relata que a dividida de bolsa com o colega, o joelho virou para o lado. No momento ela relata dor e incapacidade de firma o pé no chão. ALuno conduzido ao serviço de emergência, para avaliação de possível lesão. Graziele.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor do Ginásio	(47) 99773-0496

Quem prestou primeiros socorros	Data
Graziele Filgueiras	04/03/2024

Local de atendimento
Outro (Não Credenciado)

Observações

Aluno relata que a dividida de bolsa com o colega, o joelho virou para o lado. No momento ela relata dor e incapacidade de firma o pé no chão. ALuno conduzido ao serviço de emergência, para avaliação de possível lesão. Graziele.

Ass.: _____

João Teodoro de Azevedo Júnior

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 1310884
Nome Arthur Teobaldo Werlich
Mãe Raquel Rocha Werlich
Data Nascto 31/07/2007
Idade 16 anos e 7
Data 04/03/2024
Convênio Escola Adventista

Atendimento 8756220
Sexo Masculino
Clínica Emergência Ortopédica
Cód.Usuário 1333184
Senha
Hora 14:07
Obs. Conv. Guia + docs em anexo

ID 
Paciente: 1724688
Guia 15638
Funcionário Isabela.Tais
Dt.Validade 31/12/2222
Responsável Agamenon Oliveira

3-1

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, 4 de março de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

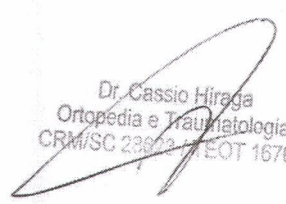
TESTEMUNHA / CPF

Joinville, 4 de março de 2024.

Arthur Teobaldo Werlich

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 23823 - RQEOT 16767

Dr. Cassio Kenji Hiraga (CRM 28623)



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: 127560

SÉRIE 00001

Página 1 de 1



CHAVE DE ACESSO

42240384683481010059550010001275601162864330

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

342240057872194 / 04/03/2024 16:16:47

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 04/03/2024
ENDEREÇO JULIA DA COSTA	1447	Bairro / Distrito BIGORRILHO	CEP 80730070	DATA ENTRADA / SAÍDA 04/03/2024	
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE / FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA 16:16:46	

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO ICMS 70,00	VALOR DO ICMS 11,90	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 77,83
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 7,83	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL 70,00				

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	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
1000024120	FLANCOX C/14 CPR REV 000MG Lote:23070200 Qt:1	30049079	500	5102	UN	1,000	58,78	58,78	56,19	9,55	0,00	17,00	0,00
1000025304	DIPIRONA MEDLEY C/10 CPR 1GR GEN Lote:DKP11715 Qt:1	30049069	500	5102	UN	1,000	19,05	19,05	13,81	2,35	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PDV: 6, OPER.: 64216 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 9,42 - ESTADUAIS: R\$ 11,90. Fonte: IBPT.	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------