

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Clara Meira de Souza Breda
Nº da Carteirinha: 13.3.4349
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 01/01/2009

Nº da Guia: 15287

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/02/2024	20:30:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Ombro Direito, Braço Direito, Antebraço Direito

Descrição

Aluna caiu sobre o braço direito jogando vôlei. Dor local, principalmente, aos movimentos do membro.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora de Patio Yanina	(47) 3447-7400
Preceptora Jaqueline	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Preceptora Grazielly Oliveira	17/02/2024

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

Observações

Feito gelo + Gelol Spray + Anti-inflamatório via oral. Solicito avaliação médica devido permanecer a dor no membro afetado.

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: 15.116.763/0003-31

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br



8718722

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1326408
Nome Clara Meira de Souza Breda
Mãe Amitai Meira de Souza Breda
Data Nascto 01/01/2009
Idade 15 anos e 1
Data 17/02/2024
Convênio Escola Adventista

Atendimento 8718722
Sexo Feminino
Clínica Emergência Ortopédica
Cód.Usuário 1334349
Senha
Hora 15:46
Obs. Conv.: Autorizacao + copia doc em anexo

ID 
Paciente: 1743458
Guia 8718722
Funcionário Janaina.L
Dt.Validade 31/12/2024
Responsável Ezequiel Marcus

TERMO DE CONSENTIMENTO GERAL

2.1

- 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 fevereiro de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF



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

Joinville, 17 de fevereiro de 2024.

Clara Meira de Souza Breda

:USO ORAL

2.1

Maxulid

Nimesulida e betaciclodextrina (1 caixa)
Tomar 1 comprimido 12/12 horas, POR 5 DIAS

:
Lisador

Dipirona+Prometazina+Adifenina (1 caixa)
Tomar 1 comprimido 8/8 horas, SE DOR

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

Dr. Mario Sergio da Silva Miranda (CRM 15846)



FARMALINZ

FARMALINZ LTDA

CNPJ: 46.893.575/0001-81 IE: 261783458

AV NOSSA SRA DAS GRACAS, 362, RAINHA

ARAQUARI-SC (47)99223-1028

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
Eletrônica

Qtde.	Un.	Vi. Unit.	Vi. Desc. (%)	Total
23	MAXSULID 400MG 10CP			
1UN	45.90	4.00 (8.7%)	41.90	

Qtde. total de itens

1

Valor total R\$

45.90

Desconto R\$

4.00

Valor a pagar R\$

41.90

FORMA PAGAMENTO

VALOR PAGO R\$

Total Pago R\$

100.00

Dinheiro

100.00

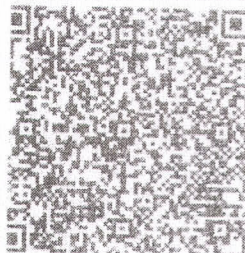
Troco R\$

58.10

Consulte pela Chave de Acesso em

<https://sat.sef.sc.gov.br/mfcd/consulta>

4224 0246 8935 7500 0181 6500 1000 0153 4016 8888 8890



CONSUMIDOR CNPJ

15.116.763/0004-12 IASD SUL

BRASILEIRA DE SAÚDE -

ALAMEDA JULIA DA COSTA,

1447, BIGORRILHO, CURITIBA-

PR

NFC-e nº 15340 Série 1

17/02/2024 10:41:34 Via

Consumidor

Protocolo de autorização:

342240164889355

Data de autorização:

17/02/2024 19:41:35

CLIENTE: 53028 - IASD SUL BRASILEIRA DE SAUDE

ENDEADOR: 3 - EDUARDA

Parabéns! Você Economizou R\$

4.00

Isão permite aproveitamento de crédito de ICMS

NUM. CONTROLE: 7680

Recebemos de FARMALINZ LTDA os produtos/serviços constantes da Nota Fiscal indicada ao lado		NF-e No. 000.000.010 SÉRIE 001
Identificação e Assinatura do Recebedor:		

Identificação do Emitente FARMALINZ LTDA AV NOSSA SRA DAS GRACAS, 362 RAINHA ARAQUARI 89245000 47992231026 SC	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA No. 000.000.010 SÉRIE 001 FL 1/1		Chave de Acesso: 4224 0246 8935 7500 0181 5500 1000 0000 1010 0007 6690
			Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz
			Protocolo de autorização de uso: 342240042889223 17/02/2024 19:47:45

Natureza da Operação: OUTRA SAIDA DE MERCADORIA OU PRESTACAO DE		Protocolo de autorização de uso: 342240042889223 17/02/2024 19:47:45
Inscrição Estadual: 261763458	Insc. Estadual do Sust. Tributário:	CNPJ: 46893575000181

Destinatário/Remetente:		CNPJ/CPF: 15116763000412		Data da Emissão: 17/02/2024
Nome/Razão Social: IASD SUL BRASILEIRA DE SAUDE		Bairro/Distrito: BIGORRILHO		Data da Entrada / Saída: 17/02/2024
Endereço: ALAMEDA JULIA DA COSTA, 1447		CEP: 80730070		Hora da Saída: 19:47:52
Município: CURITIBA		Fone/Fax:	UF: PR	Inscrição Estadual:

Fatura:											
Fatura No.	Vencimento	Valor	Fatura No.	Vencimento	Valor	Fatura No.	Vencimento	Valor	Fatura No.	Vencimento	Valor

Base de Cálculo do ICMS: 0,00		Valor do ICMS: 0,00		Base de Cálculo ICMS Substituição: 0,00		Valor do ICMS Substituição: 0,00		Valor Total dos Produtos: 45,90	
Valor do Frete: 0,00		Valor do Seguro: 0,00		Desconto: 4,00		Outras Desp. Acessórias: 0,00		Valor do IPI: 0,00	
								Valor Total da Nota: 41,90	

Transportador/Volume Transportados:		Razão Social:		Frete por conta:		Código ANTT:		Placa do Veículo:		UF:		CNPJ/CPF:	
		Endereço:		Município:		UF:		Inscrição Estadual:					
Quantidade:		Espécie:		Marca:		Numeração:		Peso Bruto:		Peso Líquido:			

Dados do Produto/Serviço:													
Cód. Prod.	Descrição dos Produtos e Serviços	NCM/SH	CST/CSOSN	CFOP	Unid.	Quantidade	Vir. Unit.	Vir. Desc.	Vir. Total	BC. ICMS	Vir. ICMS	Vir. IPI	% ICMS
5523	MAXSULID 400MG 10CP	30049099	0102	6949	UN	1,00	45,90	4,00	45,90	0,00	0,00	0,00	0,00
Lote: B2202229 Qtd.: 1 Fab.: 01/09/2022 Valid.: 30/09/2024													

Cálculo do ISSQN:				v1.1
Inscrição Municipal:	Valor Total dos Serviços:	Base de Cálculo do ISSQN:	Valor do ISSQN:	

Dados Adicionais:	
Informações Complementares: DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP, OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL (LC 123/2006), NÃO GERA DIREITO A CREDITO DE ISS E IPI. (Data, Mod, Serie) NF: Numero Nota Fiscal: (17/02/2024, 65, 1) NF: 15340	