

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Emanuele Ribeiro de Melo

Nº da Carteira: 13.3.3260

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 02/08/2006

Nº da Guia: 21582

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/09/2024	14:50:00	Dormitório (Ex.: residencial)	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição

Aluna deslocamento dentro do dormitório torceu o pé Mae ciente

Testemunha da ocorrência	Telefone
Naura Klein	(51) 99551-3172
Naura Klein	(51) 99551-3172

Quem prestou primeiros socorros	Data
Naura Klein	30/09/2024

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

Observações

aluna foi atendida encaminhada ao atendimento .mae ciente

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: 15.116.763/0004-12



HOSPITAL
DONA HELENA



9205915

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1310931
Nome Emanuel Ribeiro de Melo
Mãe Kerolayne Viana
Data Nascto 02/08/2006
Idade 18 anos e 1
Data 30/09/2024
Convênio Escola Adventista

Atendimento 9205915
Sexo Feminino
Clínica Emergência Ortopédica
Cód.Usuário 1333260
Senha
Hora 15:56
Obs. Conv. Autorização de atendimento em anexo.

ID
Paciente: 1724739
Guia 21582
Funcionário Gabrielle.S
Dt.Validade 31/12/2024
Responsável

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 Operadora 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 atos 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 ensino 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 e/ou responsável 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 - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF



Dr. Bráulio Cesar da Rocha Barbosa
Diretor Técnico Médico
CRM - SC 8379

Agende suas consultas e exames online através do
www.donahelena.com.br/agendaonline

Joinville, 30 de setembro de 2024.

Sra. Emanuele Ribeiro de Melo

Uso interno:

1) Flancox 600MG ----- 14 comprimidos
Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas por 7 dias

2) Lisador DIP ----- 20 comprimidos
Tomar 1 comprimido de 6 em 6 horas, em caso de dor

Dr. Lucas Lopes da Fonseca
CRMSC 21180 RQE 18471

Dr. Lucas Lopes da Fonseca (CRM 21180)

RECEBEMOS DE		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº: 133197
		SÉRIE 00001

 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: 133197 SÉRIE 00001 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 42240984683481010059550810001331971517847742 Consulta de autenticidade no portal nacional da www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 242240184157026 / 30/09/2024 20:55:56
	NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. 254357601

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF 15.116.763/0004-12	DATA DA EMISSÃO 30/09/2024
NOME / RAZÃO SOCIAL CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA	ENDEREÇO JULIA DA COSTA 1447	BAIRRO / DISTRITO BIGORRILHO	DATA ENTRADA / SAÍDA 30/09/2024
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE / FAX	UF PR	HORA DA SAÍDA 20:55:55
		CEP 80730070	INSCRIÇÃO ESTADUAL

CÁLCULO DO IMPOSTO		VALOR DO ICMS 12,85		BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 84,98
BASE DE CÁLCULO ICMS 75,61	VALOR DO ICMS 12,85	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 84,98		
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 9,37	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL 75,61	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATÁRIO	CÓDIGO ANTT 9	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
RAZÃO SOCIAL	ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 0,000	PESO LÍQUIDO 0,000	

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO										VLR. IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
CÓDIGO	DESC. PRODUTO / SERVIÇO	NCM	CST	CFOP	UNID	QTD	VLR. UNIT	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS		
1000010017	LISADOR DIP C/10 CPR 1000MG Lote:B2402295 Qt:1	30049069	500	5102	UN	1,000	23,57	23,57	16,90	2,87	0,00	0,00
1000024120	FLANCOX C/14 CPR REV 600MG Lote:23110042 Qt:1	30049079	500	5102	UN	1,000	61,41	61,41	58,71	9,98	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PDV: 6, OPER.: 106430 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 10,17 - ESTADUAIS: R\$ 12,85. Fonte: IBPT.

RESERVADO AO FISCO