

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Emilly Pereira Rodrigues
Nº da Carteirinha: 13.3.3831
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 29/09/2008 **Nº da Guia:** 15973

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/03/2024	12:46:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	2º Dedo Mão Direita

Descrição
Torceu o dedo no treino de handball. Dor + inchaço no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Mireia Gelain	(47) 3447-7400
Preceptora Erenice Araújo	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Preceptora Grazielly Oliveira	14/03/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
Gelo + Gelol Analgésico Avaliação médica

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
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Emilly Pereira Rodrigues
Nº da Carteirinha: 13.3.3831
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 29/09/2008

Nº da Guia: 15973



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/03/2024	12:46:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	2º Dedo Mão Direita

Descrição

Torceu o dedo no treino de handball. Dor + inchaço no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Mireia Gelain	(47) 3447-7400
Preceptora Erenice Araújo	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Preceptora Grazielly Oliveira	14/03/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Gelo + Gelol Analgésico Avaliação médica

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
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1329270	Atendimento	8783016	ID	
Nome	Emilly Pereira Rodrigues	Sexo	Feminino	Paciente	1747011
Mãe	Amanda Pereira Rodrigues	Clinica	Emergência Ortopédica	Guia	15973
Data Nascto	29/09/2008	Cód.Usuário	1333831	Funcionário	Victor Schappo
Idade	15 anos e 5	Senha		Dt.Validade	31/12/2222
Data	14/03/2024	Hora	14:53	Responsável	Agamenon Oliveira
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, 14 de março de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF

RECEBEMOS DE		NF-e	
DATA DE RECEBIMENTO		IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	
		Nº: 127843 SÉRIE 00001	

 farmácia 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		CONTROLE DO FISCO
	0 - Entrada 1 1 - Saída 1		
	Nº: 127843 SÉRIE 00001 Página 1 de 1		CHAVE DE ACESSO 42240384683481010059550010001278431770087092
			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 342240068473524 / 14/03/2024 15:27:46	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST.	CNPJ 84.683.481/0100-59	

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA		CNPJ / CPF 15.116.763/0004-12		DATA DA EMISSÃO 14/03/2024	
ENDEREÇO JULIA DA COSTA 1447		BAIRRO / DISTRITO BIGORRILHO		CEP 80730070	
MUNICÍPIO CURITIBA		FONE / FAX		UF PR	
		INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DA SAÍDA 15:27:45	

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO ICMS 60,26	VALOR DO ICMS 10,24	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 71,39
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 11,13	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL 60,26				

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 0 - EMISSOR 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
1000024647	BEXAI C/10 CAPS 35MG Lote:3T5580 Qt:1	30049039	500	5102	UN	1,000	71,39	71,39	60,26	10,24	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PDV: 6, OPER.: 111844 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 8,10 -
ESTADUAIS: R\$ 10,24. Fonte: IBPT.

RESERVADO AO FISCO

Joinville, 14 de março de 2024.

Emilly Pereira Rodrigues

Uso interno:

1) Bexai 35MG ----- 10 comprimidos

Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas por 5 dias

Dr. Lucas Lopes da Fonseca
Ortopedia/Traumatologia
CRM/SC 21180 RQE 18471

Dr. Lucas Lopes da Fonseca (CRM 21180)