

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Emily Tainá Borges Kasparly

Nº da Carteirinha: 13.3.4084

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 18/06/2010

Nº da Guia: 21830



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/10/2024	14:29:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição

Aluna estava jogado basquete ontem e bateu com rosto na cabeça da colega, hoje procurou o serviço de enfermagem alega visão turva, tontura e dor de cabeça, em caminho ao serviço de emergência para avaliação e conduta.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Berenice	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Berenice	07/10/2024

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

Observações

Aluna estava jogado basquete ontem e bateu com rosto na cabeça da colega, hoje procurou o serviço de enfermagem alega visão turva, tontura e dor de cabeça, em caminho ao serviço de emergência para avaliação e conduta.

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 (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12



9220257

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1302649	Atendimento	9220257	ID	
Nome	Emily Taina Borges Kaspary	Sexo	Feminino	Paciente	1714931
Mãe	Elcirlene Borges dos Santos	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	21830
Data Nascto	18/06/2010	Cód. Usuário	1334084	Funcionário	Enyla Maria
Idade	14 anos e 3	Senha		Dt. Validade	31/12/2222
Data	07/10/2024	Hora	15:22	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, 7 de outubro de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF



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

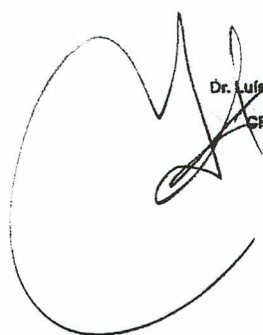
Joinville, 7 de outubro de 2024.

Emily Taina Borges Kaspary

uso oral

1) Migraliv _____ 01 caixa

Tomar um comprimido de 8/8h



Dr. Luis Roberto Bastian
Médico -
CRM/SC 6869

Dr. Luis Roberto Bastian (CRM 06869)

RECEBEMOS DE		NF-e	
DATA DE RECEBIMENTO		Nº: 133333 SÉRIE 00001	
IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR			

 catarinense CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (728) RUA BLUMENAU, 138 - CENTRO JOINVILLE - SC - CEP: 89204-250 FONE: (47) 3433-1518	Documento Auxiliar da Fiscal Eletronica 0 - Entrada 1 - Saída	1	Nº: 133333 SÉRIE 00001 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO 
CHAVE DE ACESSO 42241084683481010099550010001333331588117856 Consulta de autenticidade no portal nacional da www.nfe.fazenda.gov.br portal ou site da sefaz				
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 242240191540909 / 07/10/2024 18:26:56				

NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST.		CNPJ 84.683.481/0100-59	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601					

DESTINATÁRIO / REMETENTE				CNPJ / CPF 15.116.763/0004-12		DATA DA EMISSÃO 07/10/2024	
NOME / RAZÃO SOCIAL CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA				BAIRRO / DISTRITO BIGORRILHO		CEP 80730070	
ENDEREÇO JULIA DA COSTA				UF PR		DATA ENTRADA / SAÍDA 07/10/2024	
MUNICÍPIO CURITIBA				INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DA SAÍDA 18:26:56	

CÁLCULO DO IMPOSTO								VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 21,29	
BASE DE CÁLCULO ICMS 16,67		VALOR DO ICMS 2,83		BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS ST 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL 16,67	
VALOR DO FRETE 0,00		VALOR DO SEGURO 0,00		DESCONTO 4,62		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00			
VALOR DO IPI 0,00		VALOR DO IPI 0,00		VALOR DO IPI 0,00		VALOR DO IPI 0,00			

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

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO										VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 21,29			
CÓDIGO	DESC. PRODUTO / SERVIÇO	NCM	CST	CFOP	UNID	QTD	VLR. UNIT	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
1000022041	MIGRALIV C/12 CPR 1+350+100MG Lote:488502 Qt:1	30044990	500	5102	UN	1,000	21,29	21,29	16,67	2,83	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 PDV: 6, OPER.: 106413 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 2,24 -
 ESTADUAIS: R\$ 2,83. Fonte: IBPT.

RESERVADO AO FISCO