

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Enzo Collalto Vasques  
**Nº da Carteirinha:** 13.3.3142  
**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



**Data de Nascimento:** 10/06/2009

**Nº da Guia:** 20683

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade                          |
|--------------------|----------|---------|------------------------------------|
| 01/09/2024         | 20:00:00 | Ginásio | Atividades esportivas fora de aula |

| O que aconteceu                                                | Partes do corpo     |
|----------------------------------------------------------------|---------------------|
| Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro) | 2º Dedo Mão Direita |

## Descrição

Aluno alega que no domingo, estava jogo bola e recebeu uma chute na mão, Não procurou o serviço de enfermagem antes, apenas hoje na quinta feira veio procurar. EF, aluna alega dor no local, com presença de hematoma e edema em falange distal do 2 dedo da mão direita, Encaminhado para avaliação e conduta.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Malton                   | (47) 3447-7400 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Lucas                           | 05/09/2024 |

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

## Observações

Aluno alega que no domingo, estava jogo bola e recebeu uma chute na mão, Não procurou o serviço de enfermagem antes, apenas hoje na quinta feira veio procurar. EF, aluna alega dor no local, com presença de hematoma e edema em falange distal do 2 dedo da mão direita, Encaminhado 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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



9154533

## FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1344831  
Nome Enzo Collalto Vasques  
Mãe Priscilla Collato Fonseca Vasques  
Data Nascto 10/06/2009  
Idade 15 anos e 2  
Data 05/09/2024  
Convênio Escola Adventista

Atendimento 9154533  
Sexo Masculino  
Clínica Emergência Ortopédica  
Cód.Usuário 1333142  
Senha  
Hora 10:  
Obs. Conv. guia em anexo

ID  
Paciente 1775998  
Guia 20683  
Funcionário Maria.Cerqueira  
Dt.Validade 31/12/2024  
Responsável Agamenon Oliveira

## 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, 5 de setembro de 2024



HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF



Dr. Bráulio Cesar da Rocha Barbosa  
Diretor Técnico Médico  
CRM - SC 3379

Agende suas consultas e exames online através do  
[www.donahelena.com.br/agendaonline](http://www.donahelena.com.br/agendaonline)

Joinville, 5 de setembro de 2024.

**Enzo Collalto Vasques**

**USO ORAL:**

1. DIPIRONA 1G----- 1 CAIXA  
TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS SE DOR.
2. CETOPROFENO 150MG-----1 CAIXA  
TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 12 HORAS (APÓS REFEIÇÃO) POR 5 DIAS

EM CASO DE PIORA DO SINTOMAS DIRIGIR-SE AO PRONTO-SOCORRO.  
RETORNO NO CDO DO HOSPITAL DONA HELENA (10º ANDAR) COM ORTOPEDISTA  
DR MARCIO FIALLA DIA 19/09/2024 ( ENCAIXE AUTORIZADO)  
LIGAR NO FONE 3451-3322 // 3451-3321 PARA AGENDAR O HORÁRIO OU VIA  
WHATSAPP 3451-3333 OU SITE [HOSPITALDONAHELENA.COM.BR/AGENDAMENTOONLINE](http://HOSPITALDONAHELENA.COM.BR/AGENDAMENTOONLINE)

Dr. Felipe Neves Campos  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM SC 20308 ROE 14689 TEOT 15115

Dr. Felipe Neves Campos (CRM 20308)

|                     |                                         |                           |
|---------------------|-----------------------------------------|---------------------------|
| RECEBEMOS DE        |                                         | NF-e                      |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | Nº: 132553<br>SÉRIE 00001 |

|                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>DROGARIA catarinense</b><br><b>CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (728)</b><br>RUA BLUMENAU, 138 - CENTRO<br>JOINVILLE - SC - CEP: 89204-250<br>FONE: (47) 3433-1518 |                              | Documento Auxiliar da Fiscal Eletronica<br>0 - Entrada<br>1 - Saída <b>1</b><br>Nº: 132553<br>SÉRIE 00001<br>Pág 1 de 1 | CONTROLE DO FISCO<br><br>CHAVE DE ACESSO<br>42240984683481010059550010001325531120596564<br>Consulta de autenticidade no portal nacional da<br>www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz<br>PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br>242240151232193 / 05/09/2024 11:50:33 |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br>VENDA                                                                                                                                                                                                                               |                              | 18.2                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>254357601                                                                                                                                                                                                                             | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. | CNPJ<br>84.683.481/0100-59                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                                       |            |                                  |                           |                                    |
|-------------------------------------------------------|------------|----------------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| DESTINATÁRIO / REMETENTE                              |            | CNPJ / CPF<br>15.116.763/0004-12 |                           | DATA DA EMISSÃO<br>05/09/2024      |
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA |            | BAIRRO / DISTRITO<br>BIGORRILHO  |                           | DATA ENTRADA / SAÍDA<br>05/09/2024 |
| ENDEREÇO<br>JULIA DA COSTA                            | 1447       | CEP<br>80730070                  | HORA DA SAÍDA<br>11:50:32 |                                    |
| MUNICÍPIO<br>CURITIBA                                 | FONE / FAX | UF<br>PR                         | INSCRIÇÃO ESTADUAL        |                                    |

|                    |                 |                      |                            |               |                            |                  |                          |
|--------------------|-----------------|----------------------|----------------------------|---------------|----------------------------|------------------|--------------------------|
| CÁLCULO DO IMPOSTO |                 | BASE DE CÁLCULO ICMS |                            | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO ICMS ST    | VALOR DO ICMS ST | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|                    |                 | 40,79                |                            | 6,93          | 0,00                       | 0,00             | 61,94                    |
| VALOR DO FRETE     | VALOR DO SEGURO | DESCONTO             | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR DO IPI  | VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL |                  |                          |
| 0,00               | 0,00            | 21,15                | 0,00                       | 0,00          | 40,79                      |                  |                          |

|                                       |         |              |           |                                                     |                    |               |    |            |
|---------------------------------------|---------|--------------|-----------|-----------------------------------------------------|--------------------|---------------|----|------------|
| TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS |         | RAZÃO SOCIAL |           | FRETE POR CONTA<br>0 - EMITENTE<br>1 - DESTINATÁRIO | CÓDIGO ANTT        | PLACA VEÍCULO | UF | CNPJ / CPF |
|                                       |         |              |           | 9                                                   |                    |               |    |            |
|                                       |         | MUNICÍPIO    |           | UF                                                  | INSCRIÇÃO ESTADUAL |               |    |            |
| QUANTIDADE                            | ESPÉCIE | MARCA        | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO                                          | PESO LÍQUIDO       |               |    |            |
|                                       |         |              |           | 0,000                                               | 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 |
| 1000025304                 | DIPIRONA MEDLEY C/10 CPR 1GR GEN<br>Lote:EK08100 Qt:1              | 30049009 | 500 | 5102 | UN   | 1,000 | 20,55     | 20,55      | 14,90   | 2,53      | 0,00     | 17,00     | 0,00     |
| 1000011020                 | CETOPROFENO MEDLEY C/10 CPR REV LP 150MG GEN<br>Lote:ERA01006 Qt:1 | 30049029 | 000 | 5102 | UN   | 1,000 | 41,39     | 41,39      | 25,89   | 4,40      | 0,00     | 17,00     | 0,00     |

#### DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
 PDV: 6, OPER.: 106407 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 5,48 -  
 ESTADUAIS: R\$ 6,93. Fonte: IBPT.

RESERVADO AO FISCO