AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Fernando Lenz Ribeiro
Nº da Carteirinha: 13.3.4392
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 20/09/2009 | **Nº da Guia:** 20040

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/08/2024	15:41:00	Quadra	Aula de outras matérias

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

Descrição
Aluno estava jogando bola e bateu com o colega, com presença de lesão corto-contusa em REgião do queixo. Feito curativo compressivo no ocal e encaminho para avaliação e conduta.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Malton	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Graziele Filgueiras	19/08/2024

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

Observações
Aluno estava jogando bola e bateu com o colega, com presença de lesão corto-contusa em REgião do queixo. Feito curativo compressivo no ocal e encaminho 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
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

HOSPITAL Dona HELENA

9118779

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1343588	Atendimento	9118779	ID Paciente:	1768952
Nome	**Fernando Lenz Ribeiro**	Sexo	Masculino		
Mãe	Carmen Lenz	Clínica	Emergência CIRÚRGICA	Guia	20040
Data Nascto	20/09/2009	Cód.Usuário	1334392	Funcionário	Enyla.Maria
Idade	14 anos e	Senha		Dt.Validade	31/12/2222
Data	19/08/2024	Hora	16:53	Responsável	Carmen Lenz
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	Guia de autorização 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 entro 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 n° 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, 19 de agosto 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, 19 de agosto de 2024.

Fernando Lenz Ribeiro

uso oral

1) Paracetamol 750 mg_____01 caixa
Tomar um comprimido de 6/6h

2) Ibuprofeno 600 mg_____01 caixa
Tomar um comprimido de 8/8h

RECOMENDAÇÕES - CUIDADOS COM AS FERIDAS E CURATIVOS

1) Manter o curativo fechado e seco por 24 horas.
2) Após este período, trocar o curativo diariamente.
3) Revisar esquema de vacinação anti-tetânica na Unidade Básica de Saúde. Realizar dose de reforço ou completar o esquema vacinal se necessário.
4) Retirar os pontos em dez dias.
5) Retorne imediatamente ao Pronto Atendimento para reavaliação com o cirurgião de plantão em caso de dor forte, febre, vermelhidão, abertura dos pontos, secreção ou sangramento no local da ferida.

Dr. Luis Roberto Bastian (CRM 06869)

RECEBEMOS DE		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº: 132173 SÉRIE 00001

DROGARIA 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: 132173
SÉRIE 00001
Págin 1 de 1

CONTROLE DO FISCO

CHAVE DE ACESSO
42240884683481010059550010001321731456698858

Consulta de autenticidade no portal nacional da www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA		242240127879355 / 19/08/2024 17:35:13
INCRIÇÃO ESTADUAL: 254357601	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST.:	CNPJ: 84.683.481/0100-59

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA			15.116.763/0004-12	19/08/2024
ENDEREÇO: JULIA DA COSTA 1447		BAIRRO / DISTRITO: BIGORRILHO	CEP: 80730070	DATA ENTRADA / SAÍDA: 19/08/2024
MUNÍCIPIO: CURITIBA	FONE / FAX:	UF: PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL:	HORA DA SAÍDA: 17:35:12

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
34,80	5,91	0,00	0,00	62,13

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL
0,00	0,00	27,33	0,00	0,00	34,80

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA (0 - EMITENTE, 1 - DESTINATARIO) [9]	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF

ENDEREÇO	MUNÍCIPIO	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	ALÍQ ICMS	ALÍQ IPI
1000001877	PARACETAMOL MEDLEY C/20 CPR REV 750MG GEN Lote:EKP06486 Qt:1	30049045	500	5102	UN	1,000	30,44	30,44	15,90	2,70	0,00	17,00	0,00
1000009813	IBUPROFENO PRATI C/30 CPR REV 600MG GEN Lote:24F15V Qt:1	30049029	500	5102	UN	1,000	31,69	31,69	18,90	3,21	0,00	17,00	0,00

3.2

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
PDV: 8, OPER.: 106416 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R$ 4,68 - ESTADUAIS: R$ 5,91. Fonte: IBPT.	