

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriela Ferreira Barbosa

Nº da Carteirinha: 13.3.4235

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 18/10/2010

Nº da Guia: 16113



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/03/2024	08:40:00	Residencial	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluna alega ter caído em cima da mão, no quarto. Refere dor no local. Sem sinais de edema ou hematoma. com movimento preservado. Aluna deseja ir ao hospital para ser ter certeza que não houve nada.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Kerolayne	(47) 3447-7400
Kerolayne	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kerolayne	20/03/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Aluna alega ter caído em cima da mão, no quarto. Refere dor no local. Sem sinais de edema ou hematoma. com movimento preservado. Aluna deseja ir ao hospital para ser ter certeza que não houve nada.

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: 15.116.763/0003-31

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br



8718715

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1326405
Nome Gabriela Ferreira Barbosa
Mãe Sandra Patricia Ferreira Barbosa
Data Nascto 18/10/2010
Idade 13 anos e 3
Data 17/02/2024
Convênio Escola Adventista

Atendimento 8718715
Sexo Feminino
Clínica Emergência Ortopédica
Cód.Usuário 1334235
Senha
Hora 15:36
Obs. Conv.: guia em anexo

ID 
Paciente: 1743456
Guia 15286
Funcionário Franci.L
Dt.Validade 31/12/2024
Responsável Ezequiel Marcus

TERMO DE CONSENTIMENTO GERAL

2.3

- 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, 17 de fevereiro 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

Joinville, 17 de fevereiro de 2024.

Gabriela Ferreira Barbosa

2.3

:USO ORAL

Flancox 500 mg

Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas, POR 5 DIAS.

Caixa com 14 comprimidos.

Dr. Mário Sérgio da S. Miranda
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15846 - RQE 10.930

Dr. Mario Sérgio da Silva Miranda (CRM 15846)



FARMALINZ

FARMALINZ LTDA

CNPJ: 46.893.573/0001-91 IE: 261763458

AV NOSSA SRA DAS GRACAS 362, RAINHA

ARAQUARI-SC (47)99223-1028

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
Eletrônica

2.3

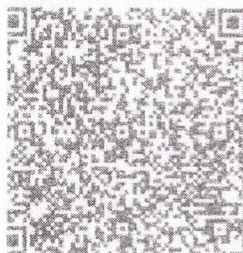
d. Descrição	Qtde. Un.	Vi. Unit.	Vi. Desc. (%)	Total
714 FLANCOX 500MG 14CP REV	1 UN	48.02	0.12 (0.2%)	48.90

Qtde. total de itens	1
Valor total R\$	48.02
Desconto R\$	0.12
Valor a pagar R\$	47.90
FORMA PAGAMENTO	VALOR PAGO R\$
Total Pago R\$	51.00
Em dinheiro	51.00
Troco R\$	2.10

Consulte pela Chave de Acesso em

<https://sat.sef.sc.gov.br/nfce/consulta>

4224 0246 8936 7500 0181 6500 1000 0153 4118 8886 8897



CONSUMIDOR CNPJ
15.116.763/0004-12 IASD SUL
BRASILEIRA DE SAUDE
ALAMEDA JULIA DA COSTA
1447, BIGORRILHO, CURITIBA-
PR
NFC-e nº 15341 Série 1
17/02/2024 19:43:40 Via
Consumidor
Protocolo de autorização:
342240164808677
Data de autorização:
17/02/2024 19:43:41

CLIENTE: 53029 - IASD SUL BRASILEIRA DE SAUDE

EMITIDOR: 3 - EDUARDA

Parabéns! Você Economizou R\$

0.12

Isão permite aproveitamento de crédito de ICMS

CUM. CONTROLE: 7670

Recebemos de FARMALINZ LTDA os produtos/serviços constantes da Nota Fiscal indicada ao lado		NF-e No. 000.000.012 SÉRIE 001
Identificação e Assinatura do Recebedor:		

Identificação do Emitente FARMALINZ LTDA AV NOSSA SRA DAS GRACAS, 362 RAINHA ARAQUARI 89245000 47982231028	SC	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA No. 000.000.012 SÉRIE 001 FL 1/1	1	Chave de Acesso: 4224 0246 8935 7500 0181 5500 1000 0000 1210 0007 6709
				Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz
				Protocolo de autorização de uso: 342240042889546 17/02/2024 19:50:16

Natureza da Operação: OUTRA SAIDA DE MERCADORIA OU PRESTACAO DE		CNPJ: 46893575000181	2.3
Inscrição Estadual: 261763458	Insc. Estadual do Sust. Tributário:		

Destinatário/Remetente:		CNPJ/CPF: 15116763000412	Data da Emissão: 17/02/2024
Nome/Razão Social: IASD SUL BRASILEIRA DE SAUDE		CEP: 80730070	Data da Entrada / Saída: 17/02/2024
Endereço: ALAMEDA JULIA DA COSTA, 1447		Bairro/Distrito: BIGORRILHO	UF: PR
Município: CURITIBA	Fone/Fax:	Inscrição Estadual:	Hora da Saída: 19:50:21

Fatura No.	Vencimento	Valor	Fatura No.	Vencimento	Valor	Fatura No.	Vencimento	Valor	Fatura No.	Vencimento	Valor

Cálculo do Imposto:		Base de Cálculo do ICMS: 0,00		Valor do ICMS: 0,00	Base de Cálculo ICMS Substituição: 0,00	Valor do ICMS Substituição: 0,00	Valor Total dos Produtos: 49,02
Valor do Frete: 0,00	Valor do Seguro: 0,00	Desconto: 0,12	Outras Desp. Acessórias: 0,00	Valor do IPI: 0,00	Valor Total da Nota: 48,90		

Transportador/Volume Transportados:		Frete por conta:	Código ANTT:	Placa do Veículo:	UF:	CNPJ/CPF:
Razão Social:						
Endereço:		Município:		UF:	Inscrição Estadual:	
Quantidade:	Espécie:	Marca:	Numeração:	Peso Bruto:	Peso Líquido:	

Dados do Produto/Serviço:														
Cód. Prod.	Descrição dos Produtos e Serviços	NCM/SH	CEP/COBON	CFOP	Unid.	Quantidade	Vlr. Unit.	Vlr. Desc.	Vlr. Total	BC. ICMS	Vlr. ICMS	Vlr. IPI	% ICMS	%
79714	FLANCOX 500MG 14CP REV Lote: 21070400 Qtd.: 1 Fab.: 29/07/2021 Valid.: 29/07/2024	30049079	0102	6949	UN	1,00	49,02	0,12	49,02	0,00	0,00		0,00	

Cálculo do ISSQN:		Valor Total dos Serviços:		Base de Cálculo do ISSQN:	Valor do ISSQN:
Inscrição Municipal:					
Dados Adicionais:					
Informações Complementares: DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP, OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL (LC 123/2006). NAO GERA DIREITO A CREDITO DE ISS E IPI.(Data, Mod, Serie) NF: Numero Nota Fiscal: (17/02/2024, 65, 1) NF: 15341					