

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriela Ferreira Barbosa

Nº da Carteira: 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: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1326405	Atendimento	8797101	ID	
Nome	Gabriela Ferreira Barbosa	Sexo	Feminino	Paciente	1743456
Mãe	Sandra Patricia Ferreira Barbosa	Clinica	Emergência Ortopédica	Guia	16113
Data Nascto	18/10/2010	Cód.Usuário	1334235	Funcionário	Pamela.K
Idade	13 anos e 5	Senha		Dt.Validade	31/12/2024
Data	20/03/2024	Hora	10:	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, 20 de março de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF

Joinville, 20 de março de 2024.

Gabriela Ferreira Barbosa

USO ORAL

1) CETOPROFENO 100 MG ----- 10
TOMAR 1 CP VO 12/12H POR 5 DIAS.

* RETIRAR A TALA NO PRÓXIMO DOMINGO

DR. MARCIO WAMBIER FIALLA
ORTOPEDISTA/TRAUMATOLOGISTA
CRM 27980
Cirurgião da Mão
CRM 27980 TEOT-15093

Dr. Marcio Wambier Fialla (CRM 27980)



DROGARIA
catarinense

CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (728)

RUA BLUMENAU, 138 - CENTRO
JOINVILLE - SC - CEP: 89204-250
FONE: (47) 3433-1518

Fiscal Eletronica

0 - Entrada

1 - Saída

1

Nº: 127962

SÉRIE 00001

Página 1 de 1



CHAVE DE ACESSO

42240384683481010059550010001279621233607004

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

342240073845472 / 20/03/2024 11:44:50

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL
254357601

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST.

CNPJ

84.683.481/0100-59

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

CNPJ / CPF

15.116.763/0004-12

DATA DA EMISSÃO

20/03/2024

ENDEREÇO

JULIA DA COSTA

1447

BAIRRO / DISTRITO

BIGORRILHO

CEP

80730070

DATA ENTRADA / SAÍDA

20/03/2024

MUNICÍPIO

CURITIBA

FONE / FAX

UF

PR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

11:44:50

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO ICMS

33,00

VALOR DO ICMS

5,61

BASE DE CÁLCULO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS ST

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

41,20

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

8,20

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL

33,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA
0 - EMITENTE
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
1000002443	CETOPROFENO MEDLEY C/20 CPR REV 100MG Lote:DKP11001 Qt:1	30049029	700	5102	UN	1,000	41,20	41,20	33,00	5,61	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PDV: 17, OPER.: 62087 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 4,44 -
ESTADUAIS: R\$ 5,61. Fonte: IBPT.

RESERVADO AO FISCO



Paciente	Gabriela Ferreira Barbosa		Atendimento	8.797.101	Leito	1
Data Nascto.	18/10/2010	13 Anos	Prontuário	1.326.405		
Sexo	Feminino		Dt. Entrada	20/03/2024		
Telefone	997730496		Convênio	Escola Adventista Básico		
Data evolução	Liberação	Profissão	Tipo evolução	Especialidade	Profissional	Cod prof
20/03/2024 11:03	20/03 11:03	Médico	Resumo Alta Pronto Atendimento		Marcio Wambier Fialla	CRM 27980

Avaliação: EME - Resumo de alta PRONTO ATENDIMENTO

Resumo de Alta PRONTO ATENDIMENTO :

Razão da admissão : Trauma no anelar D ha 01 dia

Achados significativos : DOR

Diagnóstico : S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO

Procedimentos realizados : Rx Dedo AP/Perfil (1)

Medicamentos : Não realizado

Outros tratamentos : Rx Dedo AP/Perfil (1)

Condição do paciente : ALTA MELHORADO

DR. MARCIO WAMBIER FIALLA
ORTOPEDISTA/TRAUMATOLOGISTA
CIRURGIÃO DA MÃO
CRM 27980 TEOT - 15098

1 - Registro ANS 000000	3 - Data da Autorização 20/03/2024	4 - Senha	5 - Data Validade da Senha	6 - Data Emissão da Guia
----------------------------	---------------------------------------	-----------	----------------------------	--------------------------

Dados do Beneficiário

7 - Número da carteira 1334235	8 - Plano Básico	9 - Validade da Carteira 31/12/2024
-----------------------------------	---------------------	--

10 - Nome
Gabriela Ferreira Barbosa

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 84694405000167	13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE	14 - Código CNES 2521385
---	---	-----------------------------

15 - Nome do Profissional Solicitante
Marcio Wambier Fialla

16 - Conselho Profissional
CRM

17 - Número no Conselho
27980

18 - UF
SC

19 - Código CBO S

Dados do Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ 84694405000167	21 - Nome do Prestador ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE
---	--

22 - Caracter da Internação
U
E - Eletiva U - Urgência/Emergência

23 - Tipo de Internação
1
1 - Clínica 2 - Cirurgia 3 - Obstetrícia 4 - Pediatria 5 - Psiquiatria

24 - Regime de Internação
1
1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar

25 - Qtde. Diárias Solicitadas
3

26 - Indicação Clínica
LESÃO DA PLACA VOLAR 4 QDD / FRATURA AVULSÃO

Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente A - Anos M - Meses D - Dias	29 - Indicação de Acidente
--	--	----------------------------

30 - CID 10 Principal
S602

31 - CID 10 (2)

32 - CID 10 (3)

33 - CID 10 (4)

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do procedimento	36 - Descrição	37 - Qtd. Solic.	38 - Qtd. Autoriz.
1 18	30722349	Fratura Da Falange - Tratamento Conservador	1	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar	46 - Qtde. Diárias Autorizadas	47 - Tipo da Acomodação Autorizada 1
---	--------------------------------	---

48 - Código na Operadora / CNPJ
84694405000167

49 - Nome do Prestador Autorizado
ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE

50 - Código CNES
2521385

51 - Observação

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante
/ /

53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável
/ /

54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
/ /