

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriela da Costa Tiburski
Nº da Carteira: 13.3.4558
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 27/07/2008 **Nº da Guia:** 15221

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/02/2024	21:00:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	5º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluna estava jogando vôlei quando se chocou com uma amiga, batendo o dedo da mão direita.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Grazielly Abreu	(44) 99932-0001

Quem prestou primeiros socorros	Data
Grazielly Abreu	12/02/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Aluna foi atendida na preceptoria, administrado gelol e gelo. Durante a noite aluna relatou dor, fez uso de dipirona, conforme orientação do responsável. Na manhã seguinte encaminhada para avaliação médica

Ass.:

Erenice Pereira De Araujo

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

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1325830	Atendimento	8706696	ID	
Nome	Gabriela da Costa Tiburski	Sexo	Feminino	Paciente:	1742750
Mãe	Marcio cleidi Tiburski	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	15221
Data Nascto	27/07/2008	Cód.Usuário	1334558	Funcionário	Camila.Lessa
Idade	15 anos e 6	Senha		Dt.Validade	31/12/2024
Data	12/02/2024	Hora	12:08	Responsável	Agamenon Oliveira
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	guia em anexo		

TERMO DE CONSENTIMENTO GERAL

2 /

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, 12 de fevereiro de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF

Joinville, 12 de fevereiro de 2024.

Gabriela da Costa Tiburski

Uso interno:

1) Flancox 600MG ----- 14 comprimidos
Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas por 7 dias

2.1

2) Lisador DIP ----- 20 comprimidos
Tomar 1 comprimido de 6 em 6 horas, em caso de dor

Dr. Lucas Lopes da Fonseca
Ortopedia e Traumatologia
CRM/SC 21180 RQE 18471

Dr. Lucas Lopes da Fonseca (CRM 21180)



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, 12 de fevereiro de 2024.

Gabriela da Costa Tiburski

ORIENTAÇÕES DE CONSULTA AMBULATORIAL

2.1

MARCAR CONSULTA AMBULATORIAL NO CDO COM PARA REAVALIAÇÃO COM EQUIPE DE ORTOPEDIA DO HOSPITAL DONA HELENA

RETORNO ANTES NO PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL DONA HELENA OU AMBULATÓRIO NO CDO COM PARA REAVALIAÇÃO SE NECESSÁRIO OU SINAIS DE RISCO.

AGENDAR CONSULTA COM ESPECIALISTA:

MÃO E PUNHO: DR REYNALDO LEMOS, DR MARCIO FIALLA

PARA MARCAR CONSULTA

POR WHATSAPP: (47) 3451-3333

POR TELEFONE: (47) 3451-3322 / 3451-3321

PELO SITE www.hospitaldonahelena.com.br/agendaonline

LOCAL

HOSPITAL DONA HELENA (PRÉDIO NOVO 10º ANDAR)
CDO – CENTRO DE DIAGNOSTICO ORTOPÉDICO
RUA BLUMENAU, 123 - CENTRO - JOINVILLE – SC

Dr. Lucas Lopes da Fonseca (CRM 21180)

CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS RUA BLUMENAU, 138 CENTRO JOINVILLE SC CEP: 89204250 TELEFONE: 4734331518 	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 - Saída 1 Nº 000.126.848 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 4224 0284 6834 8101 0059 5500 1000 1268 4812 4132 9023 Consulta de autenticidade no portal nacional de NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
NATUREZA DA OPERAÇÃO LANC. REGISTRADO EM EQUIP. CUPOM FISCAL		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 342240037719883 - 12/02/2024 13:04:45
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	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 12/02/2024
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447	BAIRRO-DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730-070	DATA DE SAÍDA-ENTRADA 12/02/2024
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE/FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA 13:04:42

FATURA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00		VALOR DO ICMS 0,00		BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 97,49
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 11,69	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 85,80		

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 9-Sem Frete	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
1000022596	DIPIRONA EMS C/20 CPR 1GR GEN [L:3W3060 Qt:1] [VL Desconto: R\$9,10]	30049069	5 41	5929	UN	1	38,71000000	38,71	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000024120	FLANCOX C:14 CPR REV 600MG [L:23070260 Qt:1] [VL Desconto: R\$2,59]	30049079	5 41	5929	UN	1	58,78000000	58,78	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricação do ECF: EP121810000000025028 COO: 502761 NFC-e nr. 4510834 Serie ECF Emitido em: 12/02/2024 MDS: 7F9DBDE6AA08707394152424630B156 Base de cálculo de ICMS = 85,80 Valor do ICMS = 14,59 Valor do ICMS Desonerado: 10,29	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------