AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Giovana Dias Mafra **№ da Carteirinha:** 13.3.4606

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 10/09/2009 Nº da Guia: 22122



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/10/2024	10:21:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo					
Torção	Tornozelo Direito					

Descrição

Aluna estava jogando handebol, e ao correr torceu no tornozelo, local com presença de edema e hematoma, feito gelo no local.E queixa de dor +++

Testemunha da ocorrência	Telefone				
Mireia	(47) 3447-7400				

Quem prestou primeiros socorros	Data
Graziele Filgueiras	16/10/2024

Local de atendimento	Endereço	Νº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Aluna estava jogando handebol, e ao correr torceu no tornozelo, local com presença de edema e hematoma, feito gelo no local.E queixa de dor +++, Encaminho ao serviço de emergência 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

Improsso por: Graziolo Filguoiras	1 do 1	27/01/2025 11:09
Impresso por: Graziele Filqueiras	I de I	2//01/2025 11:09

RECEBEMOS DE								, and the s	· Wallalla				NF-	е	
DATA DE RECEB	DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR Nº: SÉRIE								Nº: SÉRIE	1 <mark>33646</mark> 00001					
CONTROLE DO FISCO Fiscal Eletronica 0 - Entrada 1 - Saída 1															
CIA LATI	INO AMERI	CANA DE MEDICAM	MENTOS (72	28)	No	:	133640		CHAVE DE	ACESSO					
		IENAU, 138 - CENT - SC - CEP: 89204			SÉI	RIE	00001		422410	846834	1810100	05955001	0001336	4012293	66573
		: (47) 3433-1518	4-250		Pá	gin	1 de	1				nticidade r br/portal o			a
NATUREZA DA OPI VENDA	PERAÇÃO					9			PROTOCOLO	DE AUTO	ORIZAÇÃO				7:57
INCRIÇÃO ESTAD 254357601			INSCRIÇÃO ESTAD	OUAL DO	SUBST.		CNPJ 84.6	83.481	/0100-	59	T.				
DESTINATÁRI	IO / REMETEN	TE												1)
NOME / RAZÃO SO		DE CURITIBA							/ CPF 116.763	3/000	4-12		DATA DA E		
JULIA DA	COSTA			1447	7		/ DISTRI		CEP 80730070				DATA ENTRADA / SAÍDA 23/10/2024		
MUNÍCIPIO CURITIBA	Disease Monthly Ville		FONE / FAX			uf PR	INS	SCRIÇÃO ES	ESTADUAL				HORA DA SAÍDA 10:57:57		
CÁLCULO DO	IMPOSTO														
BASE DE CÁLCUL	LO ICMS 49,6	VALOR DO ICMS	8,33	ASE DE	CÁLCULO	ICMS S	0,0		VALOR DO ICMS ST 0,00 VALO			R TOTAL DOS PRODUTOS 49,02			
VALOR DO FRETE VALOR DO SEGURO DESCONTO 0,00 0,00 0				0	, 00	UTRAS D	DESPESAS A	0,00					TOTAL DA	NOTA FISC	19,02
	OOR / VOLUME	S TRANSPORTADOS	FRETE POR	CONTA		.1									
RAZÃO SOCIAL			0 - EMITENTE 1 - DESTINAT		9	CODIG	O ANTT	PLA	ACA VEÍCULO	·	UF	CNPJ / CPF			
								INSCRIÇÃ	ESTADUAL						
QUANTIDADE ESPÉCIE MARCA							NUMERAÇÃ)	F	PESO BRU	то	0,000	PESO L		0,000
DADOS DO PR	RUDUTO / SER	VIÇO	The Labor	NO.			Mr. san	TANK SAME	alek TR.	THE PROPERTY.					
CÓDIGO		PRODUTO / SERVIÇO	NCM	CST	CF0P	UNID	QTD	VLR. UN	NIT VLR.	TOTAL	BC ICMS	VLR. ICM	S VLR.	ALÍQ ICMS	ALÍQ IPI
1000009283	FLANCOX C/14 CF Lote: 24050078 (PR REV 500MG	30049079	500	5102	UN	1,000	49,02	2 49,	02	49,02	8,33	0,00	17,00	0,00





9252748

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Atendimento 9252748 1348142 Prontuário Paciente: 1792963 Sexo Feminino Giovana Dias Mafra Nome Emergência Ortopédica 21222001 Clínica Guia Maira Cristina da Silva Dias Mãe Cód. Usuário 1334606 Funcionário \$tephany.B 10/09/2009 Data Nascto \$1/12/2222 Senha Dt.Validade Idade 15 anos e 1 Agamenon Oliveira 10:33 Hora Responsável 23/10/2024 Data Obs. Conv.: autorização em anexo Convênio Escola Adventista

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.

Associação Beneficente Evangélica de Joinville - Hospital Dona Helena

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 as obrigações de pagamento de toda e qualquer despesa havida com o atendimento do paciente, ou seja, todos os tratamentos que, a critério médico, jorem 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: respetitar 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 parte

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

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 imperam 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 spefeito na presença das testemunhas abaixo.

Joinville, 23 de outubro de 2024			
Nonhamer		PACIENTE	TESTEMUNHA / CPF
HOSPITAL DONA HELEMA - Recep.	RESPONSÁVEL	PACIENTE	TEO LEWINIAN OF T

Rua Blumenau, 123 - Caixa Postal 172 - Tel.(047) 3451-3333 - http://www.donahelena.com.br - e-mail - administracao@donahelena.com.br



Dr. Braulio Cesar da Rocha Barbosa

Diretor Técnico Médico

CRM - SC 3379

Agende suas consultas e exa mes online através do www.donahelena.com.br/agendaonline

Joinville, 23 de outubro de 2024.

Giovana Dias Mafra
USO INTERNO VIA ORAL:

1. FLANCOX 500 MG ------ 1 CAIXA TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 12 HORAS POR 5 DIAS.

EM CASO DE PIORA DOS SINTOMAS OU URGÊNCIA DIRIGIR-SE AO PRONTO-SOCORRO.

Dr. Jan Tamanini Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Ombro e Cotovelo CRM/SC 20947 - RQE 17197 - TEO 16563

Dr. Jan Gabriel Tamanini (CRM 20947)