

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Giovanni Pompeo Ezequiel
Nº da Carteira: 13.3.3653
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 02/06/2008 **Nº da Guia:** 18932

| Data da Ocorrência | Horário | Local | Atividade |
|--------------------|----------|---------|------------------------------------|
| 23/06/2024 | 16:00:00 | Ginásio | Atividades esportivas fora de aula |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|-----------------|-----------------|
| Torção | Pé Esquerdo |

Descrição

O aluno estava jogando basquete quando pisou no pé de outro colega e torceu o pé.

| Testemunha da ocorrência | Telefone |
|--------------------------|-----------------|
| Ricardo Bertazzo | (47) 99773-0261 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data |
|---------------------------------|------------|
| Ricardo Bertazzo | 23/06/2024 |

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

Observações

Foi feito gelo no local. O aluno não consegue apoiar o pé no chão.


Ass.: _____

Geazi Gomes de Oliveira

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 | 1318241 | Atendimento | 9008475 | ID |  |
| Nome | Giovanni Pompeo Ezequiel | Sexo | Masculino | Paciente: | 1733665 |
| Mãe | Ilsimeire Pompeo Lima Ezequiel | Clínica | Emergência Ortopédica | Guia | 18932 |
| Data Nascto | 02/06/2008 | Cód.Usuário | 1333653 | Funcionário | Luana.L |
| Idade | 16 anos | Senha | | Dt.Validade | 31/12/2024 |
| Data | 23/06/2024 | Hora | 19:46 | Responsável | Moises Da Silva Ca |
| Convênio | Escola Adventista | Obs. Conv. | | | |

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 inicia independentemente da formalização deste instrumento, conforme previsão do artigo 135-A da Lei nº 12.653/2012. A condição de emergência se define 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 de 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, 23 de junho de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF

Joinville, 23 de junho de 2024

Giovanni Pompeo Ezequiel

USO ORAL



- \ 1- LISADORDIP _____ 1 CX
1 CO VO 6/6H SE DOR
- 2 BEXAI _____ 1 CX
1CP VO 12/12H 5 DIAS

40 bo foot

Augusto Cesar Lopes
Ortopedia & Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM 27362 RQE 21840 TEPOT 18982

Dr. Augusto Cesar Lopes (CRM 27362)

| | | | |
|---------------------|---|----|---------------------------|
| RECEBEMOS DE | | 34 | NF-e |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | | Nº: 130738 SÉRIE 00001 |

| | | |
|---|---|---|
|  BROGARIA 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 | CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 42240684683481010059550010001307381621323786 Consulta de autenticidade no portal nacional da www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz |
| | Nº: 130738 SÉRIE 00001 Página 1 de 1 | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 242240050380108 / 23/06/2024 21:27:25 |

| | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA | INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601 | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. | CNPJ 84.683.481/0100-59 |
|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------|----------------------------|

| | | | |
|--|------------|----------------------------------|------------------------------------|
| DESTINATÁRIO / REMETENTE | | CNPJ / CPF 76.726.884/0044-68 | DATA DA EMISSÃO 23/06/2024 |
| NOME / RAZÃO SOCIAL INST. ADVE SUL BRAS DE EDUCAÇÃO | | BARRIO / DISTRITO CORVETAS | CEP 89200000 |
| ENDEREÇO BR 101 KM64 | 17400 | UF SC | DATA ENTRADA / SAÍDA 23/06/2024 |
| MUNICIPIO ARAQUARI | FONE / FAX | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DA SAÍDA 21:27:24 |

| | | | | | |
|----------------------|-----------------|-------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------|
| CÁLCULO DO IMPOSTO | | | | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS | 149,90 |
| BASE DE CÁLCULO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO ICMS ST | VALOR DO ICMS ST | | |
| 91,87 | 15,61 | 0,00 | 0,00 | | |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL |
| 0,00 | 0,00 | 25,13 | 0,00 | 0,00 | 124,77 |

| | | | | | | |
|---------------------------------------|---|-------|-------------|---------------|-------|-----------------------|
| TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS | | | | | | |
| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATARIO | 9 | CÓDIGO ANTT | PLACA VEÍCULO | UF | CNPJ / CPF |
| ENDEREÇO | MUNICIPIO | | | | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | 0,000 | PESO LÍQUIDO 0,000 |

| DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO | | NCM | CST | CFOP | UNID | QTD | VLR. UNIT | VLR. TOTAL | BC ICMS | VLR. ICMS | VLR. IPI | ALIQ ICMS | ALIQ IPI |
|----------------------------|---|----------|-----|------|------|-------|-----------|------------|---------|-----------|----------|-----------|----------|
| 1000027753 | TORNOZELEIRA LUNIS C/1 TAM.P LONGA | 90211010 | 040 | 5102 | UN | 1,000 | 32,90 | 32,90 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1000024647 | BEXAI C/10 CAPS 35MG Lote:3X8272 Qt:1 | 30049039 | 500 | 5102 | UN | 1,000 | 74,60 | 74,60 | 62,97 | 10,70 | 0,00 | 17,00 | 0,00 |
| 1000010018 | LISADOR DIP C/20 CPR 1000MG Lote:B23K2609 Qt:1 | 30049069 | 500 | 5102 | UN | 1,000 | 42,40 | 42,40 | 28,90 | 4,91 | 0,00 | 17,00 | 0,00 |

| | |
|--|--------------------|
| DADOS ADICIONAIS | RESERVADO AO FISCO |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PDV: 17, OPER.: 106413 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 16,79 - ESTADUAIS: R\$ 16,73. Fonte: IBPT. | |