

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Guilherme Maciel Quadros de Assis

**Nº da Carteira:** 13.3.4707

**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



**Data de Nascimento:** 31/05/2008

**Nº da Guia:** 20307

| Data da Ocorrência | Horário  | Local                         | Atividade            |
|--------------------|----------|-------------------------------|----------------------|
| 26/08/2024         | 09:19:00 | Dormitório (Ex.: residencial) | Deslocamento interno |

| O que aconteceu      | Partes do corpo |
|----------------------|-----------------|
| Queda de mesmo nível | Cabeça          |

## Descrição

Aluno relata que ontem a noite teve uma queda do mesmo nível no quarto e bateu com a cabeça no chão. NO momento da queda não sentiu muita dor, mas hoje, ele queixde dor pulsante em região occipital, acompanhado de vertigem e visão turva, Marça sem alteração, e nega náuseas e vômito. Encaminho para avaliação e conduta.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Ricardo                  | (47) 3447-7400 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Graziele Filgueiras             | 26/08/2024 |

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

## Observações

Aluno relata que ontem a noite teve uma queda do mesmo nível no quarto e bateu com a cabeça no chão. NO momento da queda não sentiu muita dor, mas hoje, ele queixde dor pulsante em região occipital, acompanhado de vertigem e visão turva, Marça sem alteração, e nega náuseas e vômito. Encaminho 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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



## FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

|             |                                   |              |                    |              |                                                                                     |
|-------------|-----------------------------------|--------------|--------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Prontuário  | 1337003                           | Atendimento  | 9132064            | ID           |  |
| Nome        | Guilherme Maciel Quadros De Assis | Sexo         | Masculino          | Paciente     | 1756669                                                                             |
| Mãe         | Bruna Maciel Teixeira Quadros     | Clínica      | Emergência Clínica | Guia         | 20307                                                                               |
| Data Nascto | 31/05/2008                        | Cód. Usuário | 1334707            | Funcionário  | Gessica.A                                                                           |
| Idade       | 16 anos e 2                       | Senha        |                    | Dt. Validade | 31/12/2024                                                                          |
| Data        | 26/08/2024                        | Hora         | 10:                | Responsável  | Agamenon Oliveira                                                                   |
| 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 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, 26 de agosto de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF





DROGARIA  
**catarinense**

**CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (728)**

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA  
Fiscal Eletrônica  
0 - Entrada  
1 - Saída  
Nº: 132290  
SÉRIE 00001  
Página 1 de 1



CHAVE DE ACESSO

42240884683481010059550010001322901252619646

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
VENDA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
242240136678436 / 26/08/2024 12:37:26

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
254357601

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST.

CNPJ  
84.683.481/0100-59

DESTINATÁRIO / REMETENTE

|                                                       |            |                                 |                                  |                 |                                    |
|-------------------------------------------------------|------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------|------------------------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA |            |                                 | CNPJ / CPF<br>15.116.763/0004-12 |                 | DATA DA EMISSÃO<br>26/08/2024      |
| ENDEREÇO<br>JULIA DA COSTA 1447                       |            | BAIRRO / DISTRITO<br>BIGORRILHO |                                  | CEP<br>80730070 | DATA ENTRADA / SAÍDA<br>26/08/2024 |
| MUNICÍPIO<br>CURITIBA                                 | FONE / FAX | UF<br>PR                        | INSCRIÇÃO ESTADUAL               |                 | HORA DA SAÍDA<br>12:37:26          |

CÁLCULO DO IMPOSTO

|                                     |                         |                                 |                                    |                                   |
|-------------------------------------|-------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO ICMS<br>54,82       | VALOR DO ICMS<br>9,32   | BASE DE CÁLCULO ICMS ST<br>0,00 | VALOR DO ICMS ST<br>0,00           | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>57,80 |
| VALOR DO FRETE<br>0,00              | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | DESCONTO<br>2,98                | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>0,00 | VALOR DO IPI<br>0,00              |
| VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL<br>54,82 |                         |                                 |                                    |                                   |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

|              |  |         |                                                     |           |   |             |  |               |    |                    |            |              |       |
|--------------|--|---------|-----------------------------------------------------|-----------|---|-------------|--|---------------|----|--------------------|------------|--------------|-------|
| RAZÃO SOCIAL |  |         | FRETE POR CONTA<br>0 - EMITENTE<br>1 - DESTINATARIO |           | 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 | ALÍQ ICMS | ALÍQ IPI |
|------------|--------------------------------------------------|----------|-----|------|------|-------|-----------|------------|---------|-----------|----------|-----------|----------|
| 1000001409 | FLUTAC C/10 CAPS 70MG<br>Lote:2420981 Qt:1       | 30049093 | 500 | 5102 | UN   | 1,000 | 35,21     | 35,21      | 32,23   | 5,48      | 0,00     | 17,00     | 0,00     |
| 1000000191 | LISADOR C/8 CPR 5+10+500MG<br>Lote:823H1907 Qt:1 | 30049099 | 500 | 5102 | UN   | 1,000 | 22,59     | 22,59      | 22,59   | 3,84      | 0,00     | 17,00     | 0,00     |

13.2

DADOS ADICIONAIS

|                                                                                                                                                          |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>PDV: 6, OPER.: 106369 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 7,37 - ESTADUAIS: R\$ 9,32. Fonte: IBPT. | RESERVADO AO FISCO |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|

Joinville, 26 de agosto de 2024.

**Guilherme Maciel Quadros De Assis**

Flotac

Diclofenaco colestiramina ..... (1 caixa)

Tomar 1 comprimido 12/12 horas

Lisador

Dipirona+Prometazina+Adifenina ..... (1 caixa)

Tomar 1 comprimido 8/8 horas



Rafael B. de Souza  
CRM/SC 13.445

Dr. Rafael Barbosa de Souza (CRM 13445)