

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1334432
Nome **Gustavo Moreira Pontes**
Mãe Bruna de Lima Moreira
Data Nascto 09/05/2008
Idade 15 anos e
Data 02/05/2024
Convênio Escola Adventista

Atendimento 8901842
Sexo Masculino
Clínica Emergência Ortopédica
Cód.Usuário 1333740
Senha
Hora 12:47
Obs. Conv. autorização em anexo

ID
Paciente 1753457
Guia 17405
Funcionário Stephany.B
Dt.Validade 31/12/2222
Responsável Agamenon Oliveira

TERMO DE CONSENTIMENTO GERAL

5.2

- 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, 2 de maio de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF

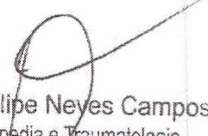
Joinville, 2 de maio de 2024.

Gustavo Moreira Pontes

USO ORAL:

1. DIPIRONA 1G----- 1 CAIXA
TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS SE DOR.
2. CETOPROFENO 150MG-----1 CAIXA
TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 12 HORAS (APÓS REFEIÇÃO) POR 5 DIAS

EM CASO DE PIORA DO SINTOMAS DIRIGIR-SE AO PRONTO-SOCORRO.
RETORNO NO CDO DO HOSPITAL DONA HELENA (10º ANDAR) COM ORTOPEDISTA
DR STIRMA CASO MANTENHA DOR,
LIGAR NO FONE 3451-3322 // 3451-3321 PARA AGENDAR O HORÁRIO OU VIA
WHATSAPP 3451-3333 OU SITE HOSPITALDONAHELENA.COM.BR/AGENDAMENTOONLINE



Dr. Felipe Neves Campos
Ortopedia e Traumatologia
CRM SC 20308 RQE 14639 TEOT 15115

Dr. Felipe Neves Campos (CRM 20308)



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: 129092

SÉRIE 00001

Página 1 de 1



CHAVE DE ACESSO

42240584683481010059550010001290921420300304

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

342240120349217 / 02/05/2024 14:17:05

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

02/05/2024

ENDEREÇO

JULIA DA COSTA

1447

BAIRRO / DISTRITO

BIGORRILHO

CEP

80730070

DATA ENTRADA / SAÍDA

02/05/2024

MUNICÍPIO

CURITIBA

FONE / FAX

UF

PR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

14:17:05

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO ICMS	43,98	VALOR DO ICMS	7,48	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS ST	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	62,80
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO	18,82	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR DO IPI	0,00
VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL								43,98	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA 0 - EMISSOR 1 - DESTINATARIO		9	CODIGO ANTT	PLACA VEICULO	UF	CNPJ / CPF			
RAZÃO SOCIAL											
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
1000022595	DIPIRONA EMS C/10 CPR 1GR GEN Lote:327434 Qt:1	30049060	000	5102	UN	1,000	21,41	21,41	14,80	2,52	0,00	17,00	0,00
1000011020	CETOPROFENO MEDLEY C/10 CPR REV LP 150MG GEN Lote:DRAB8851 Qt:1	30049029	000	5102	UN	1,000	41,39	41,39	29,18	4,96	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PDV: 6, OPER.: 106389 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 5,91 -
ESTADUAIS: R\$ 7,48. Fonte: IBPT.

RESERVADO AO FISCO