

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isaac Oliveira dos Reis

Nº da Carteira: 13.3.3656

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 21/05/2008

Nº da Guia: 22288



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/10/2024	15:24:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Ombro Direito, Coxa Esquerda

Descrição

Aluno no jogo de futebol, e caiu do mesmo nível. batendo com quadril E e ombro D. Ao exame físico presença de hematoma em região lateral do quadril E, e discreto edema em ombro D. Encaminhado ao serviço emergência para avaliação e conduta.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Edmilson	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Edmilson	21/10/2024

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

Observações

Aluno no jogo de futebol, e caiu do mesmo nível. batendo com quadril E e ombro D. Ao exame físico presença de hematoma em região lateral do quadril E, e discreto edema em ombro D. Encaminhado ao serviço 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



9248599

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1295141	Atendimento	9248599	ID	
Nome	Isaac Oliveira dos Reis	Sexo	Masculino	Paciente:	1707400
Mãe	Ludmila Isabel Oliveira dos Reis	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	22288
Data Nasc.to	21/05/2008	Cód.Usuário	1333656	Funcionário	Gabrielle.S
Idade	16 anos e 5	Senha		Dt.Validade	31/12/2024
Data	21/10/2024	Hora	16:19	Responsável	Janaina Maria de
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	Autorização de atendimento em anexo.		

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 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: 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. 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 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 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 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, 21 de outubro de 2024

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isaac Oliveira dos Reis

Nº da Carteira: 13.3.3656

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 21/05/2008

Nº da Guia: 22288



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/10/2024	15:24:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Ombro Direito, Coxa Esquerda

Descrição

Aluno no jogo de futebol, e caiu do mesmo nível, batendo com quadril E e ombro D. Ao exame físico presença de hematoma em região lateral do quadril E, e discreto edema em ombro D. Encaminhado ao serviço emergência para avaliação e conduta.

Testemunha da ocorrência

Edmilson

Telefone

(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros

Edmilson

Data

21/10/2024

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

Observações

Aluno no jogo de futebol, e caiu do mesmo nível, batendo com quadril E e ombro D. Ao exame físico presença de hematoma em região lateral do quadril E, e discreto edema em ombro D. Encaminhado ao serviço emergência para avaliação e conduta.

Ass.:

Graziele Filgueiras

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos e Nota Fiscal para o link:



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, 21 de outubro de 2024.

Isaac Oliveira dos Reis

:USO ORAL

Maxulid

Nimesulida e betaciclodextrina (1 caixa)

Tomar 1 comprimido 12/12 horas, POR 5 DIAS

:USO TÓPICO

Acheflan

Cordia verbenacea DC Spray (1 Frasco)

Aplicar 3 vezes ao dia, SE DOR

Dr. Mário Sérgio da S. Miranda
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15846 - RQE 10.930

Dr. Mario Sergio da Silva Miranda (CRM 15846)

RECEBEMOS DE		NF-e Nº: 133595 SÉRIE 00001
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

 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 Eletronica 0 - Entrada 1 1 - Saída Nº: 133595 SÉRIE 00001 Pág 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 42241084683481010059550010001335951598082250 Consulta de autenticidade no portal nacional da www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz
	NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601 INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. 84.683.481/0100-59 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 21/10/2024
ENDEREÇO JULIA DA COSTA 1447	Bairro / DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730070	DATA ENTRADA / SAÍDA 21/10/2024
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE / FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA DA SAÍDA 18:06:10

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO ICMS 132,58	VALOR DO ICMS 22,53	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 132,58
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL 132,58

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATÁRIO	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	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
1000003515	ACHEFLAN 75ML AERO 5MG/G Lote:2483816 Qt:1	30049099	500	5102	UN	1,000	84,61	84,61	84,61	14,38	0,00	17,00	0,00
1000003420	MAXSULIO C/10 CPR 400MG Lote:B24C1682 Qt:1	30049099	500	5102	UN	1,000	47,97	47,97	47,97	8,15	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 PDV: 8, OPER.: 111844 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 17,83 - ESTADUAIS: R\$ 22,53. Fonte: IBPT.

RESERVADO AO FISCO