

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Jhennifer Carla Melo Reis

Nº da Carteirinha: 13.3.4363

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 19/01/2009

Nº da Guia: 18938



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/06/2024	09:55:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda

Descrição

Aluna alega esta dor a 18 dias em punho E, após jogo de vôlei, hoje procurou o serviço de enfermagem, em conversa com o pai, preferimos encaminhar para o serviço de ortopedia, para conferir se há alguma lesão instalada.

Testemunha da ocorrência

Erenice

Telefone

(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros

Erenice

Data

24/06/2024

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

Observações

Aluna alega esta dor a 18 dias em punho E, após jogo de vôlei, hoje procurou o serviço de enfermagem, em conversa com o pai, preferimos encaminhar para o serviço de ortopedia, para conferir se há alguma lesão instalada.

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

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1338892
Nome **Jhennifer Carla Melo Reis**
Mãe Mirlene Melo Reis
Data Nascto 19/01/2009
Idade 15 anos e 5
Data 24/06/2024
Convênio Escola Adventista

Atendimento 9009763
Sexo Feminino
Clínica Emergência Ortopédica
Cód.Usuário 1334363
Senha
Hora 11:00
Obs. Conv.: Autorizacao em anexo

ID
Paciente: 1759060
Guia 18938
Funcionário Janaina.L
Dt.Validade 31/12/2024
Responsável Agamenon Oliveira

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, 24 de junho de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF

Joinville, 24 de junho de 2024.

Jhennifer Carla Melo Reis

Uso interno:

1) Flancox 600MG ----- 14 comprimidos

Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas por 7 dias

2) Lisador DIP ----- 20 comprimidos

Tomar 1 comprimido de 6 em 6 horas, em caso de dor

Dr. Lucas Lopes da Fonseca
Ortopedia/Traumatologia
CRM/SC 21180 RQE 18471

Dr. Lucas Lopes da Fonseca (CRM 21180)

RECEBEMOS DE		NF-e	
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº: 130750	
		SÉRIE 00001	

 farmácia catarinense		Documento Auxiliar da Fiscal Eletrônica	CONTROLE DO FISCO
CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (728)		0 - Entrada	
RUA BLUMENAU, 138 - CENTRO JOINVILLE - SC - CEP: 89204-250 FONE: (47) 3433-1518		1 - Saída	
		Nº: 130750	CHAVE DE ACESSO
		SÉRIE 00001	42240684683481010059550010001307501662175247
		Página 1 de 1	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	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601		242240052141897 / 24/06/2024 11:56:02	
INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST.		CNPJ	
		84.683.481/0100-59	

DESTINATÁRIO / REMETENTE			
NOME / RAZÃO SOCIAL CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ENDEREÇO JULIA DA COSTA		15.116.763/0004-12	24/06/2024
MUNICÍPIO CURITIBA		CEP	DATA ENTRADA / SAÍDA
1447		80730070	24/06/2024
BAIRRO / DISTRITO BIGORRILHO		UF	HORA DA SAÍDA
PR		INSCRIÇÃO ESTADUAL	11:56:02

CÁLCULO DO IMPOSTO			
BASE DE CÁLCULO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST
87,61	14,89	0,00	0,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS
0,00	0,00	16,20	0,00
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS			103,81
VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL			87,61

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS			
RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO
0 - EMITENTE	1 - DESTINATÁRIO	9	
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	CNPJ / CPF
		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
1000010018	LISADOR DIP C/20 CPR 1000MG Lote:823K2609 Qt:1	30049069	500	5102	UN	1,000	42,40	42,40	28,90	4,91	0,00	17,00	0,00
1000024120	FLANCOX C/14 CPR REV 600MG Lote:23090409 Qt:1	30049079	500	5102	UN	1,000	61,41	61,41	58,71	9,98	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS		RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		
PDV: 17, OPER.: 106392 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 11,79		
- ESTADUAIS: R\$ 14,89. Fonte: IBPT.		