AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Jhonatan Ferreira da Silva
Nº da Carteirinha: 13.3.4747
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 04/07/2009 | **Nº da Guia:** 19673

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/08/2024	15:00:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Joelho Esquerdo

Descrição

Aluno no jogo de basquete, ao fazer uma movimento, sobre uma lesão em parte interna joelho E, feito compressa fria no local, hoje dia 07/08, a dor permanecer incapacitante e ao toque. Encaminhado para avaliação e conduta.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Malton	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Graziele Filgueiras	07/08/2024

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 basquete, ao fazer uma movimento, sobre uma lesão em parte interna joelho E, feito compressa fria no local, hoje dia 07/08, a dor permanecer incapacitante e ao toque. Encaminhado 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
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

HOSPITAL Dona HELENA

8989350

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1338084	Atendimento	8989350	ID Paciente:	1758034
Nome	**Jhonatan Ferreira da Silva**	Sexo	Masculino		
Mãe	Isabel Cristina Ferreia da Silva	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	18611
Data Nascto	04/07/2009	Cód.Usuário	1334747	Funcionário	Isabela.Tais
Idade	14 anos e	Senha		Dt.Validade	31/12/2024
Data	13/06/2024	Hora	13:18	Responsável	Agamenon Oliveira
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	Guia escola em anexo + docs		

TERMO DE CONSENTIMENTO GERAL

I. O paciente e/ou responsável declara estar ciente que o Hospital não possui ingerência sobre a relação contratual ajustada entro 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 n° 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, 13 de junho de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.	RESPONSÁVEL	PACIENTE	TESTEMUNHA / CPF

HOSPITAL Dona HELENA

Dr. Braulio Cesar da Rocha Barbosa
Diretor Técnico Médico
CRM - SC 3379

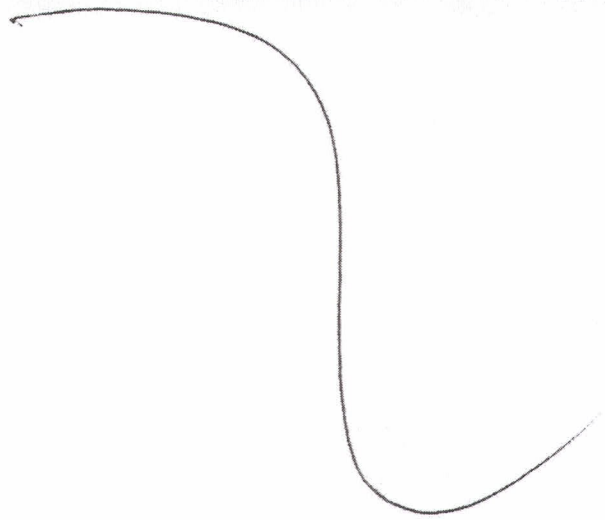
Agende suas consultas e exames online através do
www.donahelena.com.br/agendaonline

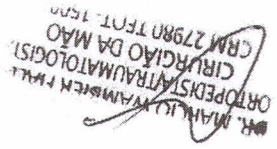
Joinville, 13 de junho de 2024.

Jhonatan Ferreira da Silva

USO ORAL

1) PROFENID 100 MG ---------- 10
TOMAR 1 CP VO 12/12H POR 5 DIAS.





Dr. Marcio Wambier Fialla (CRM 27980)

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: 130321
SÉRIE 00001
Págin 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
42240684683481010059550010001303211380328760

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA	242240036987820 / 13/06/2024 14:01:24

INCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST.	CNPJ
254357601		84.683.481/0100-59

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA			15.116.763/0004-12	13/06/2024
ENDEREÇO		**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**	**DATA ENTRADA / SAÍDA**
JULIA DA COSTA	1447	BIGORRILHO	80730070	13/06/2024
MUNICIPIO	**FONE / FAX**	**UF** / **INSCRIÇÃO ESTADUAL**		**HORA DA SAÍDA**
CURITIBA		PR		14:01:24

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
79,71	13,55	0,00	0,00	79,71

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	79,71

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA (0 - EMITENTE, 1 - DESTINATARIO)	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	9				

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
				0,000	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
1000000778	PROFENID ENTERICO C/20 CPR REV LR 100MG Lote:ERA00402 Qt:1	30049029	000	5102	UN	1,000	79,71	79,71	79,71	13,55	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
PDV: 17, OPER.: 106369 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R$ 10,72 - ESTADUAIS: R$ 13,55. Fonte: IBPT.	