

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Kauani Vitória Silva de Oliveira  
**Nº da Carteira:** 13.3.3813  
**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



**Data de Nascimento:** 09/02/2008      **Nº da Guia:** 19585

| Data da Ocorrência | Horário  | Local        | Atividade               |
|--------------------|----------|--------------|-------------------------|
| 05/08/2024         | 10:09:00 | Sala de Aula | Em sala, durante a aula |

| O que aconteceu  | Partes do corpo      |
|--|----------------------|
| Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro) | 2º Dedo Mão Esquerda |

## Descrição

A aluna foi colocar a mochila no chão na sala de aula na sexta-feira e segurou todo o peso da mesma no dedo indicador forçando para tras. Desde então imobilizamos e colocamos gelo mas a aluna sente muita dor para movimentar o dedo.

| Testemunha da ocorrência  | Telefone        |
|---------------------------|-----------------|
| Erenice Pereira de Araújo | (47) 99773-0494 |
| Erenice Pereira de Araújo | (47) 99773-0494 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Erenice Pereira de Araújo       | 05/08/2024 |

| Local de atendimento                   | Endereço | Nº | Bairro | Telefone |
|--|----------|----|--------|----------|
| Atendimento no próprio estabelecimento |          |    |        |          |

## Observações

A aluna foi atendida e encaminhada para atendimento médico. Mãe ciente

Ass.: \_\_\_\_\_

Erenice Pereira De Araujo

**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  | 1342436                          | Atendimento | 9089563                             | ID           |  |
| Nome        | Kauani Vitoria Silva de Oliveira | Sexo        | Feminino                            | Paciente:    | 1763021   |
| Mãe         | Maria Selma Pereira da Silva     | Clínica     | Emergência Ortopédica               | Guia         | 9089563   |
| Data Nascto | 09/02/2008                       | Cód.Usuário | 1333813                             | Funcionário  | Janaina.L   |
| Idade       | 16 anos e 5                      | Senha       |                                     | Dt. Validade | 31/12/2024  |
| Data        | 05/08/2024                       | Hora        | 11:13                               | Responsável  | Janaina Maria de  |
| Convênio    | Escola Adventista                | Obs. Conv.  | Autorizacao + copia do doc em anexo |              |   |

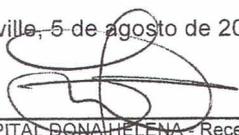
## TERMO DE CONSENTIMENTO GERAL

8.2

- 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 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 legislação 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, 5 de agosto de 2024



HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Lucas Lopes da Fonseca (CRM 21180)**

Blumenau, 123,  
Fone: (47) 3451.3333  
Joinville - SC

2º VIA PACIENTE

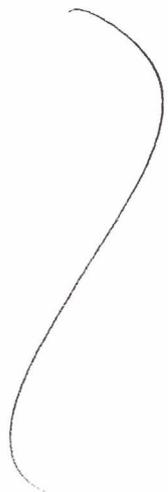
Dr. Braulio Cesar da Rocha Barbosa  
Diretor Técnico Médico  
CRM - SC 3372

Agende suas consultas e exames online através do  
[www.donahelena.com.br/agendaonline](http://www.donahelena.com.br/agendaonline)

Paciente: **Kauani Vitoria Silva de Oliveira**  
Endereço: **Rodovia BR-101, Km 64, 17400 Escola Adventista**  
Data receita:  
Prescrição:  
Uso interno:

Joinville, 05 de agosto de 2024

1) Xumer 90MG ----- 1 caixa  
Tomar 1 comprimido ao dia por 7 dias



Dr. Lucas Lopes da Fonseca  
Ortopedista - CRM 21180 - RQE 18471  
  
Rua Alexandre Dohler, 300 - Tel. 3271-1448

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:  
Iden.: Órg. Emissor:  
End.:  
Cidade: UF:  
Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_