

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Levy Leitzke

Nº da Carteira: 13.3.3520

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 15/01/2008

Nº da Guia: 18873



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/06/2024	19:44:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Lesão na coluna	Costas

Descrição

O aluno estava jogando futsal na posição de goleiro, quando defendeu um chute e deu mal jeito na coluna.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Lucas Gabriel Scardueli de Souza	(47) 98896-5609

Quem prestou primeiros socorros	Data
Lucas Gabriel Scardueli de Souza	20/06/2024

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

Observações

O aluno foi atendido com a pomada massageol na área lesionada, mas não teve efeito.

Ass.: _____

Geazi Gomes de Oliveira

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	1338640	Atendimento	9004488	ID	
Nome	Levy Leitzke	Sexo	Masculino	Paciente:	1758761
Mãe	Monica Waschenfelder Leitzke	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	18873
Data Nascto	15/01/2008	Cód.Usuário	1333520	Funcionário	Valeria.M
Idade	16 anos e 5	Senha		Dt.Validade	31/12/2024
Data	20/06/2024	Hora	20:47	Responsável	Agamenon Oliveira
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.	guia 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 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, 20 de junho de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF

Joinville, 20 de junho de 2024.

Levy Leitzke

USO ORAL

1) LISADOR DIP ----- 1 CAIXA

TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 08/08 HORAS POR 05 DIAS

2) TORAGESIC 10 MG ----- 1 CAIXA

TOMAR 01 COMPRIMIDO SUBLINGUAL DE 08/08 HORAS POR 05 DIAS

Barbara M. de O. Pinto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SC 33265

Dra. Barbara Miroski de Oliveira Pinto (CRM 33265)

RECEBEMOS DE				NF-e	
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR		Nº: 130568		SÉRIE 00001

**catarinense**
CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (728)
RUA BLUMENAU, 138 - CENTRO
JOINVILLE - SC - CEP: 89204-250
FONE: (47) 3433-1518

Documento Auxiliar da Fiscal Eletrônica
0 - Entrada
1 - Saída
Nº: 130568
SÉRIE 00001
Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO

CHAVE DE ACESSO
4224068468348101005955001000130568121902
Consulta de autenticidade no portal nacional da
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
242240044780695 / 20/06/2024 21:44

NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA				PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 242240044780695 / 20/06/2024 21:44	
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 20/06/2024	
ENDEREÇO JULIA DA COSTA 1447		BAIRRO / DISTRITO BIGORRILHO		CEP 80730070	
MUNICÍPIO CURITIBA		UF PR		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
FONE / FAX				DATA ENTRADA / SAÍDA 20/06/2024	
				HORA DA SAÍDA 21:44:23	

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO ICMS 79,34		VALOR DO ICMS 13,48		BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	
				VALOR DO ICMS ST 0,00	
VALOR DO FRETE 0,00		VALOR DO SEGURO 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 105	
DESCONTO 25,70		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00		VALOR DO IPI 0,00	
				VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL 79	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATÁRIO		CÓDIGO ANTT	
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		PLACA VEÍCULO	
QUANTIDADE		ESPÉCIE		UF	
MARCA		NUMERAÇÃO		CNPJ / CPF	
		PESO BRUTO 0,000		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
		PESO LÍQUIDO 0			

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	
1000028685	CETOROLACO EURO C/20 CPR SL 10MG GEN Lote:897083 Qt:1	30049062	000	5102	UN	1,000	64,59	64,59	48,44	8,23	0,00	17,00	
1000022596	DIPIRONA EMS C/20 CPR 1GR GEN Lote:4A9558 Qt:1	30049069	500	5102	UN	1,000	40,45	40,45	30,90	5,25	0,00	17,00	

DADOS ADICIONAIS		RESERVADO AO FISCO	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PDV: 6, OPER.: 74023 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 10,68 - ESTADUAIS: R\$ 13,48. Fonte: I3PT.			