

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



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: 18873.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
21/06/2024	11:32:04	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Lesão na coluna

Partes do corpo

Costas

Descrição

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

Testemunha da ocorrência

Lucas Gabriel Scardueli de Souza

Telefone

(47) 98896-5609

Quem prestou primeiros socorros

Lucas Gabriel Scardueli de Souza

Data

20/06/2024

Local de atendimento

HDH - Hospital Dona Helena

Endereço

Rua Blumenau

Nº

123

Bairro

Centro

Telefone

(47) 3451-3333

(47) 3451-3365

Motivo do Retorno

Retorno para realizar avaliação e exames de tomografia de coluna/lombo sacro até 3 seguimentos.

Ass.:

MAESC
Dpto. Especial
João Teodoro de Azevedo Júnior
CPF: 084.904.029-38

João Teodoro de Azevedo Júnior

76.726.884/0044-68

Instituição Adventista
Sul Brasileira de Educação

Rua: BR, 101 - KM 64, 17400
Bairro: Corveta - Cep: 89245-000
Araquari - Santa Catarina

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

Impresso por: João Teodoro de Azevedo Júnior

1 de 1

21/06/2024

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1338640
Nome Levy Leitzke
Mãe Monica Waschenfelder Leitzke
Data Nascto 15/01/2008
Idade 16 anos e 5
Data 21/06/2024
Convênio Particular

Atendimento 9005684
Sexo Masculino
Clínica Emergência Ortopédica
Cód.Usuário particular
Senha
Hora 11:24
Obs. Conv.: cop dos docs em anexo (esperando autorizacao do ama)

ID 
Paciente: 1758761
Guia 9005684
Funcionário Maria.Cerqueira
Dt Validade 31/12/2024
Responsável Olivaldo Leitzke

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 da testemunhas abaixo

Joinville, 21 de junho de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF

Joinville, 20 de junho de 2024.

Levy Leitzke

USO ORTOPÉDICO

1) COLETE DE PUTTI BAIXO ----- 1 UN

UTILIZAR COLETE DIARIAMENTE

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

Dra. Barbara Miroski de Oliveira Pinto (CRM 33265)

Recebemos de HOSPITALARES COMERCIO DE MATERIAIS MEDICOS LTDA os produtos/serviços constantes na nota fiscal indicada ao lado Emissão: 21/06/2024 - Dest.: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE - Valor Total: 260,00

NF-e
Nº: 000.002.123
SÉRIE: 1

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

HOSPITALARES COMERCIO DE MATERIAIS

MEDICOS LTDA

RUA: LAGES, 649 SALAS 05 E 06

CENTRO - 89201 - 205

Joinville - SC Telefone: 4734342800

DANFE

Documento Auxiliar
de Nota Fiscal
Eletrônica

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

Nº: 000.002.123

SÉRIE: 1

FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

4224 0611 6045 9300 0111 5500 1000 0021 2310 8570 0006

Consulta de autenticidade no portal nacional
da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no
site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda

INSCRIÇÃO ESTADUAL

256043124

INSCRIÇÃO EST. DO SUBST. TRIBUTARIO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

242240045711204

21/06/2024 15:37:24

C.P.F./C.N.P.J.

11.604.593/0001-11

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

CNPJ/CPF

15.116.763/0004-12

DATA DA EMISSÃO

21/06/202

ENDEREÇO

Alameda Julia da Costa, 1447

BAIRRO

Bigorrrilho

CEP

80730 - 070

DATA DA ENTRADA/SAÍD

21/06/202

MUNICÍPIO

CURITIBA

FONE/FAX

(41) 3240-2942

UF

PR

IE

HORA DA SAÍDA

15:31:0

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLC DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR APROX. TRIB.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	260,0
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	260,0

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UND	QTD	VL. UNIT.	VL. TOTAL	DESC.	VL. TOT. LIQ.	B. C. ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	ICMS	IPI	VL. A
2610	COLETE PUTTI BAIXO RETO BEGE M MERCUR - Barras: 7896342412013	90211010	0102	6102	UN	1,000	260,00	260,00	0,00	260,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	c

VIA - CLIENTE

Sicredi

HOSPITALARES

CNPJ: 11 604 593/0001-11

Joinville/SC

21/06/24 - 15:32:34

CREDITO A VISTA

RS

260,00

MASTERCARD XXXXXXXXXXXX5657 A01-523870

PEDRO R SILVA BECK

LV 000002614 C

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MD-5:285C17D94542DA59EBFF3610D8E621EC Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.
Não gera direito à crédito fiscal de IPI. CFOP 6102 = R\$260,00; Não há cobrança do Fundo Estadual de Combate à

RESERVADO AO FISCO