

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Prontuário	1259095	Atendimento	7402297
Nome	Mathheus Bernardo	Identidade	
CPF	11841810983	Sexo	Masculino
Data Nasc	04/02/2004	Teléfono	998270533
Idade	17 anos e 7	Bairro	Boa Vista
Endereço	RUA Pedro Alvares Cabral 670	Cidade	Joinville
Complemento	apto 1004	CEP	89.205-190
Responsável	Syendra Rinaldi de Quadros Oliveira	Telefone	997730496
Endereço	Rodovia BR 101 km 64, 17400,	Hora	09:48
Internação	27/09/2021	Dt. Validade	27/09/2021
Convênio	Escola Adventista	CRM	27868
Guia	3929001		
Médico	Aline Mariana Gafuri		
Funcionário	Aline Gafuri		
Obs. Conv.:	Guia HDH autorizada na pasta de branca / Jane + Termo de AGR		

XIX. Fica desde já autorizado o Hospital a providenciar a transferência do paciente e/ou responsável para um dos hospitais da rede pública de saúde, caso descumpridas as obrigações ora assumidas, transferência esta que somente será feita com autorização do médico assistente e desde que não haja qualquer risco ao quadro clínico do paciente e/ou responsável, ficando também o responsável incumbido de auxiliar o hospital na busca de vagas junto a outros estabelecimentos hospitalares.

XX. 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.

XXI. O paciente e/ou responsável declara ter ciência e aceita solidariamente o compromisso que abraça, 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.

XXII. 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 identificar algum contato suspeito, deverá contatar a Central de Atendimento ao Cliente do Hospital.

XXIII. 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.

XXIV. 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.

XXV. 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 03 (três) vias de igual teor, para um só efeito na presença das testemunhas abaixo:

Joinville, 27 de setembro de 2021

Syendra Oliveira

HOSPITAL DONA HELENA - Recep. RESPONSÁVEL PACIENTE TESTEMUNHA/CPF

Paciente:

Mathheus Bernardo

Atendimento

7402297

Data Nascimento: 04/02/2004

Compromissário (Nome Legível):

Recepcionista: Bianca Karolina Rafael

Eu Mathheus Bernardo, estou sendo identificado (a) neste momento de que o Hospital Dona Helena não possui a

acomodação à qual tenho direito pelo meu plano de saúde. Estou tendo a opção de transferir a data da minha cirurgia ou realizá-la de acordo com o agendamento, e após permanecer em "aguarda de leito" ou em acomodação diferente daquela autorizada pelo plano de saúde, até que o hospital disponibilize a acomodação à qual tenho direito.

Estou ciente de que todo tratamento médico-assistencial nesta situação transcorrerá normalmente, sem nenhum prejuízo ao tratamento a que serei submetido.

Joinville, 27/09/2024

Paciente/Compromissário

x Syndee Oliveira

1 - Registro ANS ISENTO	3 - Data da Autorização 27/09/2021	4 - Senha	5 - Data Validade da Senha	6 - Data Emissão da Guia
----------------------------	---------------------------------------	-----------	----------------------------	--------------------------

Dados do Beneficiário

HDH - Internado			9 - Validade da Carteira 27/09/2021
Dt. Int.: 27/09/2021 09:48:43 NS Atend.: 7402297			11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Pront.: 1259095 Matheus Bernardo			
Nascim.: 04/02/2004 Sexo: M Idade: 17a 7m			
Conven: Escola Adventista Cod: 1332814		A	14 - Código CNES 2521385
Medico: 27868 - Aline Mariana Gafuri			
Quarto: _____ Leito: _____ Ala: _____			

04034400000107		ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE		14 - Código CNES 2521385
15 - Nome do Profissional Solicitante Aline Mariana Gafuri		16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 27868	18 - UF SC

Dados do Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ 84694405000167	21 - Nome do Prestador ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE
22 - Caráter da Internação U E - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação 1 1 - Clínica 2 - Cirúrgia 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação 1 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 3

26 - Indicação Clínica FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DE 5QDE DESVIADA
--

Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente A - Anos M - Meses D - Dias	29 - Indicação de Acidente
30 - CID 10 Principal S628	31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (3)
33 - CID 10 (4)		

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do procedimento	36 - Descrição	37 - Qtd. Solic.	38 - Qtd. Autoriz.
1 18	30722411	Fraturas De Falanges Ou Metacarpianos - Tratamento Cirúrgico C/ Fixação	1	
2 18	40811026	Radioscopia Para Acompanhamento De Procedimento Cirúrgico (Por Hora Ou	1	
3				
4				
5				

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde.	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
1					
2					
3					
4					
5					

Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar 27.09.2021	46 - Qtde. Diárias Autorizadas	47 - Tipo da Acomodação Autorizada 1 em
48 - Código na Operadora / CNPJ 84694405000167	49 - Nome do Prestador Autorizado ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE	50 - Código CNES 2521385

51 - Observação

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante _____/_____/_____ Dra. Aline Gafuri Ortopedia e Traumatologia CRM-SC 27.868 / EOT 26.939 RQE 18.171/19.939	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 27 / 09 / 2021 Syndria Oliveira	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização _____/_____/_____ Aline.Gafuri
--	---	---

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Matheus Bernardo

Nº da Carteirinha: 13.3.2814

Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 04/02/2004

Nº da Guia: 3929.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
25/09/2021	21:58:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

Descrição
O aluno estava jogando futebol quando outro aluno chutou a bola e a mão do mesmo

Testemunha da ocorrência	Telefone
GEAZI GOMES DE OLIVEIRA	(47) 3447-7461

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

Motivo do Retorno
Após se lesionar no sábado a noite dia 25/09 o aluno foi encaminhado ao hospital Dona Helena e ao realizar os exames foi diagnosticado uma fratura no dedo mínimo onde o médico fez a imobilização e orientou o retorno na dia 27/09 para reavaliação junto a médica especialista de mão Dr. Aline.

Ass.:


IAESC
Dpto. Pessoal
João Teodoro de Azevedo Júnior
CPF: 054.904.029-38

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

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br