

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Lucas de Oliveira Machado  
**Nº da Carteirinha:** 13.3.3288  
**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

**Data de Nascimento:** 05/05/2006

**Nº da Guia:** 18159



| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade                          |
|--------------------|----------|---------|------------------------------------|
| 28/05/2024         | 10:56:00 | Ginásio | Atividades esportivas fora de aula |

| O que aconteceu                                                | Partes do corpo      |
|----------------------------------------------------------------|----------------------|
| Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro) | Olho Esquerdo, Rosto |

## Descrição

Aluno no jogo de basquete a bola bateu no rosto, onde quebrou os óculos, sagração nasal, feito compressa de gelo e alega estar com visão turva. Região Ocular com presença de hiperemia local

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Malton                   | (47) 3447-7400 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Graziele Filgueiras             | 28/05/2024 |

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

## Observações

Aluno no jogo de basquete a bola bateu no rosto, onde quebrou os óculos, sagração nasal, feito compressa de gelo e alega estar com visão turva. Região Ocular com presença de hiperemia local

Ass.:

Grazielle 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](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  | 1296779                         | Atendimento | 8958475                       | ID          |  |
| Nome        | Lucas de Oliveira Machado       | Sexo        | Masculino                     | Paciente:   | 1709218                                                                             |
| Mãe         | Elaine Rosa de Oliveira Machado | Clínica     | Emergência Clínica            | Guia        | 18159                                                                               |
| Data Nascto | 05/05/2006                      | Cód.Usuário | 1333288                       | Funcionário | Isabela.Tais                                                                        |
| Idade       | 18 anos                         | Senha       |                               | Dt.Validade | 31/12/2222                                                                          |
| Data        | 28/05/2024                      | Hora        | 11:48                         | Responsável | Agamenon Oliveira                                                                   |
| Convênio    | Escola Adventista               | Obs. Conv.  | Doc em anexo + guia da escola |             |                                                                                     |

## 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, 28 de maio de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF

Joinville, 28 de maio de 2024.

**Sr. Lucas de Oliveira Machado**

USO OCULAR:

**-LACRIMA PLUS SUSP. OFTÁLMICA ----- 1 FRASCO**  
Instilar 2 gotas na conjuntiva a c/4hs

**-REALIZAR COMPRESSAS DE ÁGUA GELADA OU SORO FISIOLÓGICO 4X / DIA**

Iago Portugal  
Médico  
CRM-SC 32.836

Dr. Iago Portugal Rodrigues (CRM 32836)



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: 129877

SÉRIE 00001

Página 1 de 1



CHAVE DE ACESSO

42240584683481010059550010001298771662330938

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

242240020511110 / 28/05/2024 12:24:41

INSCRIÇÃO ESTADUAL

254357601

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST.

CNPJ

84.683.481/0100-59

13.2

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

CNPJ / CPF

15.116.763/0004-12

DATA DA EMISSÃO

28/05/2024

ENDEREÇO

JULIA DA COSTA

1447

BAIRRO / DISTRITO

BIGORRILHO

CEP

80730070

DATA ENTRADA / SAÍDA

28/05/2024

MUNICÍPIO

CURITIBA

FONE / FAX

UF

PR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

12:24:40

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO ICMS

25,73

VALOR DO ICMS

4,37

BASE DE CÁLCULO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS ST

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

25,73

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL

25,73

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

0 - EMITENTE

1 - DESTINATÁRIO

9

CÓDIGO ANTT

PLACA VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPECIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

0,000

PESO LÍQUIDO

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 | ALIQ ICMS | ALIQ IPI |
|------------|----------------------------------------------------|----------|-----|------|------|-------|-----------|------------|---------|-----------|----------|-----------|----------|
| 1000002198 | LACRIBELL 15ML SOL OFT 1+3MG<br>Lote:50012003 Qt:1 | 30040099 | 000 | 5102 | UN   | 1,000 | 25,73     | 25,73      | 25,73   | 4,37      | 0,00     | 17,00     | 0,00     |

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PDV: 17, OPER.: 64216 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 3,46 -  
ESTADUAIS: R\$ 4,37. Fonte: IBPT.

RESERVADO AO FISCO

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isabela da Costa Tiburski

Nº da Carteira: 13.3.4557

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 27/07/2008

Nº da Guia: 18235



22.2

Data da Ocorrência 30/05/2024  
Horário 21:56:00  
Local Ginásio

Atividade

Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

1º Dedo Mão Direita

Descrição

Virou para trás o polegar direito com uma bolada.

Testemunha da ocorrência

Preceptora Gisela Cardoso

Preceptora Gisela Cardoso

Telefone

(47) 3447-7400

(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros

Preceptora Gisela Cardoso

Data

30/05/2024

Local de atendimento

Endereço

Nº Bairro

Telefone

HDH - Hospital Dona Helena

Rua Blumenau

123 Centro

(47) 3451-3333  
(47) 3451-3365

Observações

Gelo. Solicito avaliação e conduta médica.

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)