

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Lucas Yuri Maldonado

**Nº da Carteira:** 13.3.4095

**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

**Data de Nascimento:** 04/11/2006

**Nº da Guia:** 21604



| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade               |
|--------------------|----------|---------|-------------------------|
| 30/09/2024         | 17:00:00 | Ginásio | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|-----------------|-----------------|
| Torção          | Joelho Direito  |

**Descrição**  
O aluno ontem estava jogando basquete, e ao pular para receber a bola, o joelho torceu, alega que houve uma luxação no joelho D. Hoje as 01/10. procurou o serviço de enfermagem, alegando dor no local sem conseguir firmar a perna no chão além de crepitação no mesmo local. O aluno nos últimos 6 meses, perdeu mais de 20 kilos.

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

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Suzana Grah                     | 01/10/2024 |

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

**Observações**  
O aluno ontem estava jogando basquete, e ao pular para receber a bola, o joelho torceu, alega que houve uma luxação no joelho D. Hoje as 01/10. procurou o serviço de enfermagem, alegando dor no local sem conseguir firmar a perna no chão além de crepitação no mesmo local. O aluno nos últimos 6 meses, perdeu mais de 20 kilos.

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

Graziele 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) 3240-2920



HOSPITAL  
Dona  
HELENA



9207251

## FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

|             |                                 |             |                       |             |                   |
|-------------|---------------------------------|-------------|-----------------------|-------------|-------------------|
| Prontuário  | 1315027                         | Atendimento | 9207251               | ID          |                   |
| Nome        | Lucas Yuri Maldonado            | Sexo        | Masculino             | Paciente    | 1729791           |
| Mãe         | Leandra Mariana Silva Maldonado | Clínica     | Emergência Ortopédica | Guia        | 21604             |
| Data Nascto | 04/11/2006                      | Cód.Usuário | 1334095               | Funcionário | Thiago.M          |
| Idade       | 17 anos e                       | Senha       |                       | Dt.Validade | 31/12/2024        |
| Data        | 01/10/2024                      | Hora        | 09:21                 | Responsável | Agamenon Oliveira |
| Convênio    | Escola Adventista               | Obs. Conv.  |                       |             |                   |

## 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 Operadora 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 receber 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 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. A recusa na ciência será comprovada por duas testemunhas por meio de assinatura do ato da recusa.
- 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 que prestam serviços de assessoria de seguros, acidentes ou de natureza semelhantes.
- XVI. O paciente declara ter ciência sobre a política de privacidade do Hospital Dona Helena disposta no site: donahelena.com.br, e autoriza o envio dos seus dados pessoais conforme as finalidades ali especificadas.
- 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, 1 de outubro de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF



# RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Guilherme Augusto Stirma (CRM 27722)

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

2º VIA PACIENTE

Dr. Braulio Cesar da Rocha Barbosa  
Diretor Técnico Médico  
CRM - SC 3379

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

Paciente: Lucas Yuri Maldonado  
Endereço: KM 64, 17400 Escola Adventista Corveta Araquari  
Data receita:  
Prescrição:

Joinville, 01 de outubro de 2024

### BEXAI 35MG

Bexai 35mg ..... (1 Caixa )  
TOMAR 1 CÁPSULA DE 8/8 HORAS

### NOVALGINA

Dipirona 1g..... (1 Caixa)  
TOMAR 1 COMPRIMIDO 6/6 HORAS

### AGUD .....(24 COMPRIMIDOS)

Paracetamol + Codeína (500mg + 30mg)  
TOMAR 1 COMPRIMIDO 8/8 HORAS SE DOR FORTE

RETORNO AO PS SE NECESSÁRIO. CASO SINTOMAS DE AGRAVO

Dr. Guilherme A. Stirma  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia de Ombro e Cotovelo  
CRM: 27722-7 E.O.: 16453

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Iden.:

End.:

Cidade:

Telefone:

Org. Emissor:

UF:

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR.

Assinatura do Farmacêutico

Data: / /



DROGARIA  
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

1

Nº: 133200

SÉRIE 00001

Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO

42241084683481010059550010001332001678110650

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

242240184713349 / 01/10/2024 10:22:37

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
VENDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
254357601

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST.

CNPJ  
84.683.481/0100-59

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

CNPJ / CPF

15.116.763/0004-12

DATA DA EMISSÃO

01/10/2024

ENDEREÇO

JULIA DA COSTA

1447

BAIRRO / DISTRITO

BIGORRILHO

CEP

80730070

DATA ENTRADA / SAÍDA

01/10/2024

MUNICÍPIO

CURITIBA

FONE / FAX

UF

PR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

10:22:36

CÁLCULO DO IMPOSTO

|                      |       |                 |       |                         |       |                            |      |                            |       |
|----------------------|-------|-----------------|-------|-------------------------|-------|----------------------------|------|----------------------------|-------|
| BASE DE CÁLCULO ICMS | 62,97 | VALOR DO ICMS   | 10,70 | BASE DE CÁLCULO ICMS ST | 0,00  | VALOR DO ICMS ST           | 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS   | 74,60 |
| VALOR DO FRETE       | 0,00  | VALOR DO SEGURO | 0,00  | DESCONTO                | 11,63 | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | 0,00 | VALOR DO IPI               | 0,00  |
|                      |       |                 |       |                         |       |                            |      | VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL | 62,97 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

|              |                                                    |       |             |                    |       |              |       |
|--------------|----------------------------------------------------|-------|-------------|--------------------|-------|--------------|-------|
| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA<br>0 - EMISSOR<br>1 - DESTINATÁRIO | 9     | CÓDIGO ANTT | PLACA VEÍCULO      | UF    | CNPJ / CPF   |       |
| ENDEREÇO     | MUNICÍPIO                                          |       | UF          | INSCRIÇÃO ESTADUAL |       |              |       |
| QUANTIDADE   | ESPÉCIE                                            | 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 | ALÍQ ICMS | ALÍQ IPI |
|------------|------------------------------------------|----------|-----|------|------|-------|-----------|------------|---------|-----------|----------|-----------|----------|
| 1000024647 | BEXAI C/10 CAPS 35MG<br>Lote:329454 Qt:1 | 30049039 | 500 | 5102 | UN   | 1,000 | 74,60     | 74,60      | 62,97   | 10,70     | 0,00     | 17,00     | 0,00     |

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PDV: 6, OPER.: 106354 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 8,47 -  
ESTADUAIS: R\$ 10,70. Fonte: IBPT.

RESERVADO AO FISCO