

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Monique Lohanny Pereira Aguiar Costa

Nº da Carteirinha: 13.3.4619

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 05/01/2011

Nº da Guia: 18242.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
04/06/2024	10:04:50	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição

Aluna no jogo de volei, e levou uma bola na região frontal, No momento alega não ter ficado com a visão turva e nem desorientada, mas hoje afirma se sentir tonta com dor no local. Alega estar com "pensamentos lentos", Encaminhado para avaliação e conduta.

Testemunha da ocorrência

Gisela

Telefone

(47) 3447-7400

Gisela

(47) 3447-7400

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

Motivo do Retorno

Aluna foi avaliada ontem pelo serviço de emergência, Feito Rx sem alteração. Foi informado que caso a aluna tenha, náuseas e visão turva, era para retornar. Hoje aluna alega ter estes sintomas. Estou encaminhando novamente para a emergência, para reavaliação.

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 (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	1337185	Atendimento	8967022	ID	
Nome	Monique Lohanny Pereira Aguiar Costa	Sexo	Feminino	Paciente:	1756900
Mãe	Thaís Cristina Pereira Aguiar Costa	Clínica	Emergência Infantil	Guia	18242
Data Nascto	05/01/2011	Cód.Usuário	1334619	Funcionário	Gessica.A
Idade	13 anos e 4	Senha		Dt.Validade	31/12/2024
Data	03/06/2024	Hora	10:	Responsável	Kerolayne Viana da Si
Convênio	Mapfre Assistência	Obs. Conv.:			

TERMO DE CONSENTIMENTO GERAL

24.2

- 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, 3 de junho de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF

Joinville, 3 de junho de 2024.

Monique Lohanny Pereira Aguiar Costa

ALIVIUM 400-----

Dar 1CP vo de 6/6h se dor ou febre

Observar em casa e retornar imediatamente se:
Irritabilidade intensa, vômitos frequentes, desmaio,
convulsão, tremores, qualquer mudança de comportamento
ou outros sinais ou sintomas.

Dr. Gabriel G. Traebert
Médico Pediatra
CRM/SC 13425

Dr. Gabriel Grechi Traebert (CRM 13425)

RECEBEMOS DE		NF-e	
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº: 130016	
		SÉRIE 00001	

 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 Eletronica 0 - Entrada 1 - Saída Nº: 130016 SÉRIE 00001 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 42240684683481010059550010001300161429542801 Consulta de autenticidade no portal nacional da www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 242240025537328 / 03/06/2024 11:47:40
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA			
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 03/06/2024
ENDEREÇO JULIA DA COSTA	1447	BAIRRO / DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730070
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE / FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA DA SAÍDA 11:47:39

CÁLCULO DO IMPOSTO			
BASE DE CÁLCULO ICMS 18,90	VALOR DO ICMS 3,21	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESKONTO 10,66	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00
		VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 29,56
			VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL 18,90

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS			
RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - EMISSOR 1 - DESTINATÁRIO 9	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	CNPJ / CPF
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	INSCRIÇÃO ESTADUAL
		NUMERAÇÃO	UF
		PESO BRUTO 0,000	PESO LÍQUIDO 0,000

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO			
CÓDIGO	DESC. PRODUTO / SERVIÇO	NCM	CST
1000009195	ALIVIM C/10 CAPS 400MG Lote:B23C2103 Qt:1	30049029	000
CFOP	UNID	QTD	VLR. UNIT
5102	UN	1,000	29,56
VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI
29,56	18,90	3,21	0,00
ALIQ ICMS	ALIQ IPI		
17,00	0,00		

DADOS ADICIONAIS			
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PDV: 10, OPER.: 106255 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 2,54 - ESTADUAIS: R\$ 3,21. Fonte: IBPT.		RESERVAÇÃO AO FISCO	