

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Thallynd da Luz Albuquerque
Nº da Carteirinha: 13.3.4469
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 23/05/2008

Nº da Guia: 15656

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/03/2024	19:05:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Mão Direita

Descrição

Aluna estava jogando futsal, quando foi defender uma bola, escorregou e caiu sobre a mão direita.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Grazielly Oliveira	(44) 99932-0001

Quem prestou primeiros socorros	Data
Grazielly Oliveira	04/03/2024

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

Observações

Aluna foi atendida no escolar pois não conseguia escrever. Foi administrado gelo e pomada. Como a dor permanece e movimentação muito restrita, foi encaminhada para o hospital para avaliação.

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 (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br



8757290

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1328171
Nome Thallynd da Lu Albuquerque
Mãe Thuani da Luz
Data Nascto 23/05/2008
Idade 15 anos e 9
Data 04/03/2024
Convênio Escola Adventista

Atendimento 8757290
Sexo Feminino
Clínica Emergência Ortopédica
Cód.Usuário 1334469
Senha
Hora 20:19
Obs. Conv.: guia e copia do doc

ID
Paciente: 1745625
Guia 15656
Funcionário Henrique.S
Dt.Validade 30/12/2024
Responsável Tatiane Graziele Salvador

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, 4 de março de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF



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

Agende suas consultas e exames online através do
www.donahelena.com.br/agendaonline

Joinville, 4 de março de 2024.

Thallynd da Lu Albuquerque

LISADOR DIP ----- 01 CAIXA
TOMAR 01 COMPRIMIDO, 6/6 HORAS SE DOR

FLANCOX 600 MG ----- 01 CAIXA
TOMAR 01 COMPRIMIDO, 12/12 HORAS POR 5 DIAS

Dr. Cassio Hiraga
Ortopedia e Traumatologia
CRM/SC 28623 / TEOT 16767

Dr. Cassio Kenji Hiraga (CRM 28623)

RECEBEMOS DE		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO		Nº: 127570
IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR		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 Eletrônica 0 - Entrada 1 1 - Saída Nº: 127570 SÉRIE 00001 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 42240384683481010059550010001275701159217953 Consulta de autenticidade no portal nacional da www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 342240058166581 / 04/03/2024 21:28:43
	NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601 INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. CNPJ 84.683.481/0100-59	

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
NOME / RAZÃO SOCIAL CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		15.116.763/0004-12	04/03/2024
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA / SAÍDA
JULIA DA COSTA	1447 BIGORRILHO	80730070	04/03/2024
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	HORA DA SAÍDA
CURITIBA		PR	21:28:42

CÁLCULO DO IMPOSTO		VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
BASE DE CÁLCULO ICMS	79,76	13,56	0,00	0,00	82,35
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO	2,59
		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR DO IPI	0,00
					VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL
					79,76

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

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO		NCM	CST	CFOP	UNID	QTD	VLR. UNIT	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
CÓDIGO	DESC. PRODUTO / SERVIÇO												
1000024120	FLANCOX C/14 CPR REV 600MG Lote:23070260 Qt:1	30049079	500	5102	UN	1,000	58,78	58,78	56,19	9,55	0,00	17,00	0,00
1000010017	LISADOR DIP C/10 CPR 1000MG Lote:82306733 Qt:1	30049069	500	5102	UN	1,000	23,57	23,57	23,57	4,01	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 PDV: 17, OPER.: 64216 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 10,73 -
 ESTADUAIS: R\$ 13,56. Fonte: IBPT.

RESERVADO AO FISCO