

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Valentina Vieira dos Santos
Nº da Carteira: 13.3.4024
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 01/10/2016 **Nº da Guia:** 14296

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
31/10/2023	07:50:00	Pátio	Chegada

O que aconteceu	Partes do corpo
Inchaço anormal	Rosto

Descrição
A Valentina vomitou no início da aula e foi quando nós percebemos um inchaço anormal em sua testa.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Johann Mignoni	(47) 98859-2752

Quem prestou primeiros socorros	Data
Johann Mignoni	31/10/2023

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

Observações
Observamos o inchaço e reportamos à mãe sobre o ocorrido.

Ass.: _____

Andre Luiz Rocha

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

RECEBEMOS DE		Nº: 132862	NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	SÉRIE 00001	

 <p>CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS (728) RUA BLUMENAU, 138 - CENTRO JOINVILLE - SC - CEP: 89204-250 FONE: (47) 3433-1518</p>	Documento Auxiliar da Fiscal Eletronica 0 - Entrada 1 - Saída <input type="text" value="1"/>	CONTROLE DO FISCO 
	Nº: 132862 SÉRIE 00001 Página 1 de 1	CHAVE DE ACESSO 42240984683481010059550010001328621832576324 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 242240167344482 / 17/09/2024 15:36:41
-------------------------------	--------------------------------------------------------------------------

INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST.	CNPJ 84.683.481/0100-59	6.2
---------------------------------	------------------------------	----------------------------	-----

DESTINATÁRIO / REMETENTE			
NOME / RAZÃO SOCIAL CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		CNPJ / CPF 15.116.763/0004-12	DATA DA EMISSÃO 17/09/2024
ENDEREÇO JULIA DA COSTA 1447	BAIRRO / DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730070	DATA ENTRADA / SAÍDA 17/09/2024
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE / FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA DA SAÍDA 15:36:41

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO ICMS 93,29	VALOR DO ICMS 15,86	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 95,99	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 2,70	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL 93,29

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATARIO <input type="text" value="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	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
1000024120	FLANCOX C/14 CPR REV 600MG Lote:23110042 Qt.:1	30049079	500	5102	UN	1,000	61,41	61,41	58,71	9,98	0,00	17,00	0,00
1000004427	MIOSAN CAF C/15 CPR REV 10+60MG Lote:24030049 Qt.:1	30044990	500	5102	UN	1,000	34,58	34,58	34,58	5,88	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PDV: 17, OPER.: 452001 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 12,55 - ESTADUAIS: R\$ 15,86. Fonte: IBPT.	RESERVADO AO FISCO



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, 17 de setembro de 2024.

Valentin Campos de Paula

Uso interno:

1) Flancox 600MG ----- 14 comprimidos
Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas por 7 dias

2) Miosan CAF 10MG ----- 15 comprimidos
Tomar 1 comprimido 2 a 3 horas antes de dormir, por 3 dias

Dr. Lucas Lopes da Fonseca
CRMSC 21180 RQE 18471

Dr. Lucas Lopes da Fonseca (CRM 21180)


FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1331748	Atendimento	9179120	ID	
Nome	Valentin Campos de Paula	Sexo	Masculino	Paciente:	1750113
Mãe	Tiana Lucia da Costa Campos de Paula	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	21043
Data Nascto	01/07/2008	Cód.Usuário	1334702	Funcionário	Enyla.Maria
Idade	16 anos e 2	Senha		Dt.Validade	31/12/2222
Data	17/09/2024	Hora	13:30	Responsável	Janaina Maria de
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	Guia em anexo		

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 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, 17 de setembro de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF