

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Vinícius de Brito José Pereira

Nº da Carteira: 13.3.4719

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 04/04/2008

Nº da Guia: 18600



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/06/2024	15:00:00	Pátio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Costas

Descrição

aluno refere, que ontem no intervalo, jogando bola, caiu da própria altura, com região lombar no chão, no momento alega muita dor nas costas, principalmente ao se sentar-se. Ontem foi colocado gelo no local, e administrado analgésicos. Encaminhado ao serviço de emergência ortopédica, para avaliação e conduta.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Bruno Rederd	13/06/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

aluno refere, que ontem no intervalo, jogando bola, caiu da própria altura, com região lombar no chão, no momento alega muita dor nas costas, principalmente ao se sentar-se. Ontem foi colocado gelo no local, e administrado analgésicos. Encaminhado ao serviço de emergência ortopédica, para avaliação e conduta.

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	1335883	Atendimento	8988825	ID	
Nome	Vinicius de Brito Jose Pereira	Sexo	Masculino	Paciente:	1755265
Mãe	Sylvia Fernanda de Brito Jose Pereira	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	18600
Data Nascto	04/04/2008	Cód.Usuário	1334719	Funcionário	Maria.Cerqueira
Idade	16 anos e 2	Senha		Dt.Validade	31/12/2024
Data	13/06/2024	Hora	10:	Responsável	Agamenon Oliveira
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	autorização 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 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.

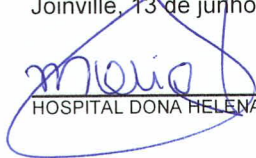
XVI. O paciente e/ou responsável AUTORIZA o envio dos seus dados pessoais, tais como nome, número do Cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda ("CPF/MF"), telefone e e-mail, para empresa que realizará pesquisa de nível de satisfação dos clientes com o atendimento do Hospital Dona Helena.

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, 13 de junho de 2024


HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF



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: 130313
SÉRIE 00001
Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO

42240684683481010059550010001303131784895001

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

242240036746757 / 13/06/2024 10:44:12

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 13/06/2024
ENDEREÇO JULIA DA COSTA 1447		BAIRRO / DISTRITO BIGORRILHO		CEP 80730070	DATA ENTRADA / SAÍDA 13/06/2024
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE / FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DA SAÍDA 10:44:12

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO ICMS 32,50		VALOR DO ICMS 5,53		BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS ST 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 43,04
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 10,54		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00		VALOR DO IPI 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL 32,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATARIO 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
1000002443	CETOPROFENO MEDLEY C/20 CPR REV 100MG Lote:EKP02899 Qt:1	30049029	700	5102	UN	1,000	43,04	43,04	32,50	5,53	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PDV: 17, OPER.: 64216 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 4,37 - ESTADUAIS: R\$ 5,53. Fonte: IBPT.	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

Joinville, 13 de junho de 2024.

Vinicius de Brito Jose Pereira

USO ORAL

1) CETOPROFENO 100 MG ----- 10
TOMAR 1 CP VO 12/12H POR 5 DIAS.

DR. MARCIO WAMBIER FIALLA
ORTOPEDISTA/TRAUMATOLOGISTA
CIRURGIÃO DA MÃO
CRM 27980 TECT-15093

Dr. Marcio Wambier Fialla (CRM 27980)