

## 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:** 17041



| Data da Ocorrência | Horário  | Local | Atividade                         |
|--------------------|----------|-------|-----------------------------------|
| 19/04/2024         | 15:55:00 | Pátio | Intervalo ( <b>Ex.: recreio</b> ) |

| O que aconteceu                                                       | Partes do corpo     |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Choque com dispositivo fixo ( <b>Ex.: bateu na parede, carteira</b> ) | 2º Dedo Mão Direita |

### Descrição

Aluna estava jogando no intervalo, foi cortar, bateu na bola e após na mesa virando o dedo para trás.

| Testemunha da ocorrência | Telefone        |
|--------------------------|-----------------|
| Alex                     | (44) 99932-0001 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Alex                            | 19/04/2024 |

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

### Observações

Foi colocado no local, gelo, pomada. Como a aluna relata dor e não permite movimentos. Foi encaminhada para avaliação medica.

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](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) 99895-0157  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



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  
Nº: 128669  
SÉRIE 00001  
Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO

42240484683481010059550010001286691864951606

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

342240106461843 / 19/04/2024 22:03:09

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
VENDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
254357601

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST.

CNPJ

84.683.481/0100-59

DESTINATÁRIO / REMETENTE

|                                                       |  |            |                                  |                           |                               |
|-------------------------------------------------------|--|------------|----------------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA |  |            | CNPJ / CPF<br>15.116.763/0004-12 |                           | DATA DA EMISSÃO<br>19/04/2024 |
| ENDEREÇO<br>JULIA DA COSTA                            |  | 1447       | BAIRRO / DISTRITO<br>BIGORRILHO  |                           | CEP<br>80730070               |
| MUNICÍPIO<br>CURITIBA                                 |  | FONE / FAX | UF<br>PR                         | INSCRIÇÃO ESTADUAL        |                               |
|                                                       |  |            |                                  | HORA DA SAÍDA<br>22:03:09 |                               |

CÁLCULO DO IMPOSTO

|                                |                         |                        |                                    |  |                          |                                      |
|--------------------------------|-------------------------|------------------------|------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO ICMS<br>126,34 |                         | VALOR DO ICMS<br>21,48 | BASE DE CÁLCULO ICMS ST<br>0,00    |  | VALOR DO ICMS ST<br>0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>140,84   |
| VALOR DO FRETE<br>0,00         | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | DESCONTO<br>14,50      | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>0,00 |  | VALOR DO IPI<br>0,00     | VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL<br>126,34 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

|              |         |                                                     |           |             |                     |                       |            |
|--------------|---------|-----------------------------------------------------|-----------|-------------|---------------------|-----------------------|------------|
| RAZÃO SOCIAL |         | FRETE POR CONTA<br>0 - EMITENTE<br>1 - DESTINATÁRIO | 9         | CÓDIGO ANTT | PLACA VEÍCULO       | UF                    | CNPJ / CPF |
| ENDEREÇO     |         | MUNICÍPIO                                           |           |             | UF                  | INSCRIÇÃO ESTADUAL    |            |
| QUANTIDADE   | ESPÉCIE | MARCA                                               | NUMERAÇÃO |             | PESO BRUTO<br>0,000 | PESO LÍQUIDO<br>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 |
|------------|--------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|-------|-----------|------------|---------|-----------|----------|-----------|----------|
| 1000001142 | NISULID C/12 CPR DISP<br>Lote:2313737 Qt:1/Lote:2313737 Qt:1 | 30049079 | 200 | 5102 | UN   | 2,000 | 70,42     | 140,84     | 126,34  | 21,48     | 0,00     | 17,00     | 0,00     |

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PDV: 10, OPER.: 106409 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 16,99  
- ESTADUAIS: R\$ 21,48. Fonte: IBPT.

RESERVADO AO FISCO

Joinville, 19 de abril de 2024.

**Thallynd da Lu Albuquerque**

**USO INTERNO**

**1. NISULID DISPERSÍVEL ----- 01 CAIXA**

**TOMAR 01 COMPRIMIDO VIA ORAL DE 12 EM 12 HORAS POR 5 DIAS.**

**RETORNO NO CDO DO HOSPITAL DONA HELENA (10º ANDAR)  
AMBULATÓRIO DA MÃO**

**DR REYNALDO**

**DIA 07/05/2024**

**LIGAR NO TELEFONE 3451-3322 // 3451-3321 PARA AGENDAR CONSULTA.**

**Dr. Reynaldo Lemos S. Neto**  
Médico  
CRM SC 25873

Dr. Reynaldo Lemos de Souza Neto (CRM 25873)

## 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  
Data 19/04/2024  
Convênio Escola Adventista

Atendimento 8873731  
Sexo Feminino  
Clínica Emergência Ortopédica  
Cód.Usuário 1334469  
Senha  
Hora 20:  
Obs. Conv.: Guia em anexo

ID Paciente:  1745625  
Guia 17041  
Funcionário Heloisa.Marques  
Dt.Validade 31/12/2024  
Responsável Alberoni Ferreira de Melo

## 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, 19 de abril de 2024