

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Marlon Alcântara Marques

Nº da Carteira: 13.3.4543

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 21/10/2009

Nº da Guia: 18234

Data da Ocorrência: 30/05/2024
Horário: 21:51:00
Local: Ginásio

Atividade

Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Antebraço Esquerdo

Descrição

O aluno estava atuando como goleiro no futsal, quando defendeu um chute e torceu o pulso.

Testemunha da ocorrência

Lucas Gabriel Scardueli de Souza

Telefone

(47) 98896-5609

Quem prestou primeiros socorros

Lucas Gabriel Scardueli de Souza

Data

30/05/2024

Local de atendimento

Endereço

HDH - Hospital Dona Helena

Rua Blumenau

Nº Bairro

123 Centro

Telefone

(47) 3451-3333
(47) 3451-3365

Observações

O aluno foi atendido pelo preceptor Lucas, foi aplicado gelo, mas o aluno ainda sente muita dor na região atingida.

Ass.:

Pr. Geazi G. de Oliveira

Preceptor

Geazi Gomes de Oliveira

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: <http://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

Impresso por: Geazi Gomes de Oliveira

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1333440

Nome Marlon Alcantara Marques

Mãe Monica dos Santos Alcantara Marques

Data Nascto 21/10/2009

Idade 14 anos e 7

Data 30/05/2024

Convênio Escola Adventista

Atendimento 8962590

Sexo Masculino

Clínica Emergência Ortopédica

Cód.Usuário 1334543

Senha

Hora 23:04

Obs. Conv.: copia da guia em anexo

ID Paciente: 1752215

Guia 18234

Funcionário Giovanna.Santos

Dt.Validade 31/12/2024

Responsável Carlos Roberto Antune

18.2

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, 30 de maio de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF

Joinville, 30 de maio de 2024.

Marlon Alcantara Marques

USO ORAL

1- FLANCOX 500 mg 1 caixa
Tomar 1 cp de 12 em 12 horas, por 7 dias.

2- LISADOR DIP 1 caixa
Tomar 1 cp de 8 em 8 horas, se dor.

Dr. Mário Sérgio da S. Miranda
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15846 - RQE 10.830

Dr. Mario Sergio da Silva Miranda (CRM 15846)

RECEBEMOS DE		NF-e	
DATA DE RECEBIMENTO		Nº: 129952	
IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR		SÉRIE 00001	

 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 1 Nº: 129952 SÉRIE 00001 Página 1 de 1		CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 42240584683481010059550010001299521683094687 Consulta de autenticidade no portal nacional da www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou site da sefaz PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 242240022968031 / 31/05/2024 00:31:55	
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST.		CNPJ 84.683.481/0100-59	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601					

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF 15.116.763/0004-12		DATA DA EMISSÃO 31/05/2024	
NOME / RAZÃO SOCIAL CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		BAIRRO / DISTRITO BIGORRILHO		CEP 80730070	
ENDEREÇO JULIA DA COSTA 1447		UF PR		DATA ENTRADA / SAÍDA 31/05/2024	
MUNICÍPIO CURITIBA		FONE / FAX		HORA DA SAÍDA 00:31:54	
		INSCRIÇÃO ESTADUAL			

CÁLCULO DO IMPOSTO		BASE DE CÁLCULO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO ICMS ST		VALOR DO ICMS ST		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
		65,19		11,08		0,00		0,00		72,59	
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		DESCONTO		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS		VALOR DO IPI		VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL	
0,00		0,00		7,40		0,00		0,00		65,19	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATÁRIO		CÓDIGO ANTT 9		PLACA VEÍCULO		UF		CNPJ / CPF	
RAZÃO SOCIAL											
ENDEREÇO				MUNICÍPIO				UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE		ESPÉCIE		MARCA		NUMERAÇÃO		PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO	
								0,000		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						
1000009283	FLANCOX C/14 CPR REV 500MG Lote:23070012 Qt:1	30049079	500	5102	UN	1,000	49,02	49,02	49,02	8,33	0,00	17,00	0,00						
1000010017	LISADOR DIP C/10 CPR 1000MG Lote:B2302732 Qt:1	30049069	500	5102	UN	1,000	23,57	23,57	16,17	2,75	0,00	17,00	0,00						

DADOS ADICIONAIS		RESERVADO AO FISCO	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PDV: 10, OPER.: 106405 VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 8,76 - ESTADUAIS: R\$ 11,08. Fonte: IBPT.			