



BOLETIM DE INTERNAÇÃO

Internação:	2320302	Prontuário:	191990	Dt Atendimento:	24/09/24 22:59:21
Paciente:	Vivian Laemmel Schulze Hass	Sexo:	Femenino	Setor Entrada:	Pronto Atendimento
Nascimento:	27/09/87 36a 11m 29d	Fone Pac.:	988337348	Data internação:	
Religião:		Matrícula:		Setor Internação:	Sala Azul - Internados
Convênio:	SUS	CPF:	057.528.399-80	Cartão Gest.	
R.G/C.N.:	513.663.4			CNS:	709.602.669.198.379
Endereço:	Argentina , 912				
Nome da Mãe.:	ALICE LAEMMEL SCHULZE	Nome do Pai:	Harold Schulze		
Estado Civil:	Casado	Data Alta:	____ / ____ / ____	Hora Alta:	____ : ____
Responsável:	Alex Arildo Hass			Funcionário:	JUCELANEII
Endereço:	Argentina , 912 Gravatá / Bairro: Gravatá / Cidade: Navegantes			CPF.:	068.770.339-57
Nascimento:	13/03/1990	Doc. Resp.:	428.407.1		
Fone Resp.:	99201379	Observações:			
Médico Resp.:	Dr. Felipe Guglielmi Niada (CRM 25282)			Tratamento:	Médica

MISSÃO:
Oferecer assistência em saúde com segurança, resolutividade, humanização e sustentabilidade respeitando o indivíduo na sua integralidade.

HORÁRIOS DE VISITA

UTI Adulto
Horário de visita: 15:30h às 16h, sendo apenas dois(2) visitantes ao dia entrada de ambos ao mesmo tempo.
Entrada pela Av. Coronel Marcos Konder, 1111.

UTI 4 e 5 CMT
Horário de visita: 15:30h às 16h, sendo apenas dois(2) visitantes ao dia entrada de ambos ao mesmo tempo.
Entrada de visitantes e acompanhantes pela Av. Sete de Setembro.

UTI Neonatal
Horário de visita da mãe: é permitida presença da mãe 24h por dia.
Horário de visita do pai: 14:30h às 15:30h e 19:30 às 20:30 todos os dias.
Entrada pela Av. Coronel Marcos Konder, 1111.

Internação Convênio / Particular
8h às 16h, sendo apenas quatro (4) visitantes ao dia e entrada de um (1) visitante por vez.
Entrada de Visitantes e Acompanhantes pela Rua Aderbal Ramos da Silva, 145.

Internação SUS
16h às 19h, sendo apenas dois(2) visitantes ao dia entrada de um (1) visitante por vez.
Entrada de Visitantes e Acompanhantes pela Av. Coronel Marcos Konder, 1111.

Leitos de Internação CMT - Complexo Madre Teresa
16h às 19h, sendo apenas dois (2) visitantes ao dia e entrada de um (1) visitante por vez.
Entrada de Visitantes e Acompanhantes pela Av. Sete de Setembro.

Leitos de Unidade de Isolamento - Clínica São Rafael:
17h às 18h, um (1) visitante apenas.

Centro Obstétrico (CO)
Permitida a presença de um(1) acompanhante durante toda a permanência no CO. (Não há troca de acompanhante)

Urgência e Emergência
Pronto Socorro: 16h e 21h, sendo apenas um (1) visitante para cada paciente e duração de 15 minutos, na recepção da Av. 7 de setembro.

Centro Cirúrgico
Boletim informativo: 10:30h, 16:30h, 20:00h na recepção da Av. Coronel Marcos Konder, 1111.

Boletim Médico no Pronto Socorro:
04h e 10h- Recepção Av. Sete de Setembro.

Horário para troca de acompanhantes: 07h às 08h e das 19h às 20h. Locais para troca de acompanhante:

Pronto Socorro: Av. 7 de setembro.

Internação SUS: Av. Coronel Marcos Konder, 1111.

Internação Convênio e Particular: Aderbal Ramos da Silva, 145.

Observação: Todos os visitantes e acompanhantes devem portar documento de identificação com foto, para apresentação e cadastramento na recepção do hospital.

L. Alvaro Arildo Hass
Paciente / Responsável



Paciente:	Vivian Laemmel Schulze Hass	Dt. Internação:	24/09/24 22:59:21
Nascimento:	27/09/87 36a 11m 29d	Setor:	Sala Azul - Internados
R.G/C.N.:	513.663.4	CPF:	057.528.399-80
Sexo:		Fone Pac.:	988337348
Convênio:	SUS	Matrícula:	
Endereço:	Argentina , 912	Nome do Pai: Harold Schulze	
Nome da Mãe.:	ALICE LAEMMEL SCHULZE		
Responsável:		Doc. Resp.:	
Endereço:		CPF.:	
Observações:		Nascimento:	13/03/1990
Médico Resp.:	Dr. Felipe Guglielmi Niada (CRM 25282)	Fone Resp.:	

TERMO DE CIÊNCIA DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR PARA TRATAMENTO DE SAÚDE

O presente Termo de Ciência de Transferência Hospitalar para Tratamento de Saúde tem por objetivo cientificar o(a) paciente e/ ou seu responsável/representante legal a respeito da possibilidade de transferir o paciente de Hospital para iniciar ou dar continuidade a internação para tratamento de saúde, com anuênciia da equipe médica assistente do Hospital e Maternidade Marieta Bornhausen, da cidade de Itajaí/SC.

Ressalta-se que, caso o paciente seja menor de 18 anos, portador de doença física ou mental que comprometam o entendimento, pessoa inconsciente ou severamente debilitada, a responsabilidade de autorização será do familiar responsável (pai, mãe) e/ou responsável legal.

Nos casos excepcionais de internação em serviço hospitalar privado complementarmente ao SUS e previamente autorizada pela Central Estadual de Regulação, a partir da disponibilização de leito na rede

DADOS DO PACIENTE

Nome: Vivian Laemmel Schulze

Data Nascimento: 27/09/1987

Idade: 36 Identidade (RG): 5136634

CPF: 05752839980

DECLARO QUE

1.Tenho ciência de que para garantir tratamento de saúde adequado e após a avaliação médica, de acordo com a complexidade do quadro clínico e/ou capacidade de leitos hospitalares, poderá ocorrer a minha transferência (ou transferência do paciente pelo qual sou responsável) para outra Unidade Hospitalar;

2.Em caso de necessidade autorizo a minha transferência hospitalar (ou transferência do paciente pelo qual sou responsável) para outra Unidade Hospitalar para iniciar ou dar continuidade a internação para tratamento de saúde, desde que, haja concordância da equipe médica assistente.

Nome: Alex Andrade Hass Data Nascimento: 13/03/1990

Idade: 34 Identidade (RG): CPF: 068.770.339-57

Fone: (47) 99201379

Grau de parentesco (preencher se for o/a responsável legal): Esposo

Local: Itajaí Data 25/09/2024

Assinatura do paciente/responsável/representante legal:



Paciente:	Vivian Laemmle Schulze Hass	Dt Internação:	24/09/24 22:59:21		
Nascimento:	27/09/87 36a 11m 29d	Prontuário:	191990	Setor:	Sala Azul - Internados
R.G/C.N.:	513.663.4	CPF:	057.528.399-80	Quarto:	26
Sexo:		Fone Pac.:	988337348	Diária:	Enfermaria
Convênio:	SUS	Matrícula:		Cartão Gest.	
Endereço:	Argentina , 912			CNS:	709.602.669.198.379
Nome da Mãe.:	ALICE LAEMMEL SCHULZE	Nome do Pai: Harold Schulze			
Responsável:		Doc. Resp.:			
Endereço:	-	CPF.:			
Observações:		Nascimento:	13/03/1990		
Médico Resp.:	Dr. Felipe Guglielmi Niada (CRM 25282)	Fone Resp.:			

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE INTERNAÇÃO

DECLARO QUE FUI INFORMADO QUE:

- O Instituto das Pequenas Missionárias de Maria Imaculada - Hospital Maternidade Marieta Konder Bornhausen, a partir do momento da internação do paciente acima, prestará os serviços de hotelaria, enfermagem, farmácia e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia - SADT (exames de laboratório, radiológicos e por imagem) mediante cobertura do SUS;
- Os serviços médicos serão prestados única e exclusivamente pelo profissional médico que assistir ao paciente acima, não tendo o Hospital, qualquer ingerência sobre a atividade deste;
- Os médicos que atuam na Instituição são profissionais autônomos sem vínculo empregatício com o Hospital e, portanto, são inteiramente responsáveis por seus atos;
- A assistência prestada é efetuada pela equipe multidisciplinar (composta por médicos, enfermeiros, técnicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, residentes e acadêmicos) supervisionados por médico responsável, treinados para executar as atividades observando as melhores práticas assistenciais.

DA INTERNAÇÃO E TRATAMENTO MÉDICO

Declaro que fui informado de que:

- Qualquer tratamento médico, em regime hospitalar ou ambulatorial, será realizado sob o controle do médico assistente, ficando a critério deste indicar e/ou realizar procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos, bem como, solicitar exames radiológicos, por imagem, laboratoriais, prescrever medicamentos e indicar outros meios de tratamento e investigação que se fizerem necessários. Um consentimento específico para procedimentos clínicos e cirúrgicos poderá ser necessário;
- Informar benefícios, riscos e alternativas de tratamentos desta internação, é de responsabilidade do médico que solicitou a internação; - Autorizo a execução dos exames de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia - SADT (exames de laboratório, radiológicos e por imagem) para avaliação e diagnóstico, bem como a utilização de todos os métodos terapêuticos capazes de proporcionar o melhor tratamento.

DA RECUSA DO TRATAMENTO

Declaro que fui informado de que:

- O paciente ou familiar legalmente autorizado tem direito a recusar o tratamento proposto, como um todo ou parte dele, mediante a assinatura do termo específico de revogação ou renúncia do tratamento.

DA NORMATIZAÇÃO DO HOSPITAL

Declaro que fui informado de que:

- Os pacientes têm direitos e deveres, os quais se encontram no Documento de Orientações a Pacientes e Familiares e devem ser respeitados;
- O paciente e seus familiares devem respeitar as orientações, regras e condutas do Hospital, especialmente quanto a proibição de fumar, portar somente objetos indispensáveis para sua internação nas dependências do Hospital, horários de alimentação e visitas, bem como, estar ciente de que o Hospital não se responsabilizará pela perda, roubo ou desaparecimento de objetos de valor guardados no quarto hospitalar e/ou veículos;
- Quedas em pacientes hospitalizados é um evento indesejado que pode causar desconforto ao paciente e acompanhante e que ocorre frequentemente em hospitais. Portanto orientações importantes devem ser cumpridas para evitar a sua ocorrência. As orientações se encontram no Documento de Orientações para visitantes e acompanhantes;
- O Hospital possui um Documento de Orientações para visitante e acompanhante, disponibilizado nesta oportunidade, onde encontram-se detalhados os itens acima expostos pelo qual tenho pleno conhecimento.

DO CONSENTIMENTO EM CASOS DE ACIDENTES BIOLÓGICOS

Declaro que fui informado de que:

- Caso ocorra acidente com material biológico com o paciente, expondo o profissional da saúde, a Instituição tem o dever legal de coletar exames laboratoriais do paciente, necessários para a definição de tratamento do profissional. O médico do paciente será comunicado e terá acesso a essas informações.

DA NOMEAÇÃO TEMPORÁRIA DE REPRESENTANTE PARA DECISÕES EXCLUSIVAMENTE DE ASSISTÊNCIA MÉDICO HOSPITALAR

Declaro que fui informado de que:

- Em caso de impossibilidade temporária de tomar decisão, por minha livre iniciativa, delego tal competência e autorizo o(a) Sr.(a) _____, portador(a) do RG de nº _____ a decidir em meu nome, nos ditames permitidos em lei, para todos os fins e efeitos, as questões que se referem a presente assistência médica hospitalar.

DO CONSENTIMENTO SOBRE COMUNICAÇÕES NO PERÍODO DE ISOLAMENTO DEVIDO AO COVID-19

Declaro que fui informado que:

- Pacientes suspeitos ou confirmados pelo COVID-19 que estejam recebendo tratamento médico devem, obrigatoriamente, permanecer sob isolamento, não sendo permitido acompanhantes e visitas durante o período de internação.
- Os pacientes que estiverem internados e isolados devido a COVID-19 receberão, além dos cuidados médicos necessários, a atenção da equipe assistencial para que se comuniquem com seus familiares/responsáveis.
- Para tanto, o Hospital Marieta viabiliza a VISITA VIRTUAL, um canal de comunicação virtual entre o paciente, o familiar/responsável e o médico com a