

**IAESC**INSTITUTO ADVENTISTA DE
ENSINO DE SANTA CATARINA**Favorecido****CNPJ****Instituição Adventista Sul Brasileira de Educação - IAESC****76.726.884/0044-68****Banco****237 - Bradesco****Agencia****2693****C. Corrente****11272-0****Dados do reembolso - Seguro Aluno****Código****Nome Aluno (a)**

2862

Manuela Cassia Batista

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 162,92	112172	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos
R\$ 75,00	1740	Hospital Comercio de Materiais Medicos Ltda EPP	Tipóia Estoafada
R\$ 237,92	Total Reembolso		

IAESC

Dpto. Pessoal

João Teodoro de Azevedo Júnior

CPF: 054.904.029-38

RH - IAESC

Tesouraria

76.726.884/0044-68

Instituição Adventista
Sul Brasileira de EducaçãoRua: BR, 101 - KM 64, 17400
Bairro: Corveta - Cep: 89245-000
Araquari - Santa Catarina

Araquari, 08 de Setembro de 2022

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Manuela Cassia Batista

Nº da Carteira: 13.3.2862

Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 30/01/2006

Nº da Guia: 7582

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/08/2022	11:22:00	campo de futebol	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Ombro Esquerdo, Braço Esquerdo

Descrição

A aluna estava em horário de aula, jogando futebol de campo, quando se chocou com uma colega de jogo. Caiu, batendo com o lado E do corpo e a cabeça. Aluna refere muita dor. Realizado gelo no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Paula	(47) 3447-7480
Syendra Oliveira	(47) 99773-0496

Quem prestou primeiros socorros	Data
Syendra	30/08/2022

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

Observações

A aluna estava em horário de aula, jogando futebol de campo, quando se chocou com uma colega de jogo. Caiu, batendo com o lado E do corpo e a cabeça. Aluna refere muita dor. Realizado gelo no local. Pais sendo comunicados pelo André do escolar.

IAESC
Dpto. Pessoal
João Teodoro de Azevedo Júnior
CPF: 054.904.029-38

Ass.:

Syendra Rinaldi Oliveira

76.726.884/0044-68

Instituição Adventista
Sul Brasileira de Educação

Rua: BR, 101 - KM 64, 17400
Bairro: Corveta - Cep: 89245-000
Araquari - Santa Catarina

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

CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS RUA BLUMENAU, 138 CENTRO JOINVILLE SC TEL/FAX: 4734331518 CEP: 89204250 	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 - Saída 1 Nº 000.112.172 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 4222 0884 6834 8101 0059 5500 1000 1121 7212 2142 5080 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
NATUREZA DA OPERAÇÃO LANC. REGISTRADO EM EQUIP. CUPOM FISCAL		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 342220178464132 - 30/08/2022 14:38:52
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ 84.683.481/0100-59

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE		CNPJ/CPF 15.116.763/0004-12	DATA DA EMISSÃO 30/08/2022
ENDEREÇO ALAMEDA JULIA DA COSTA, 1447	BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730-070	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 30/08/2022
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE/FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL 14:38:45

FATURA**CÁLCULO DO IMPOSTO**

CÁLCULO DO IMPOSTO						
BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00		VALOR DO ICMS 0,00		BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 188,82
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 25,90	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 162,92

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 9-Sem Frete	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
1000022595	DIPIRONA EMS C/10 CPR 1GR GEN [L:SL384814 Qt:1] [Vl. Desconto: R\$9,67]	30049069	0 41	5929	UN	1	21,57000000	21,57	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000018747	BEXAI C/20 CAPS 35MG [L:SL384814 Qt:1] [Vl. Desconto: R\$1,25]	30049039	0 41	5929	UN	1	124,70000000	124,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000010142	PARACETAMOL+CODEINA EMS C/24 CPR 500+30MG GEN [L:SL384814 Qt:1] [Vl. Desconto: R\$14,98] (C1)	30044940	0 41	5929	UN	1	42,55000000	42,55	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricacao do ECF: EP122010000000034707 COO: 102545 NFC-e nr. 4324213 Serie ECF Emitido em: 30/08/2022 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 162,92 Valor do ICMS = 27.70 Valor do ICMS Desonerado: 19,55	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

Recebemos de HOSPITALARES COMERCIO DE MATERIAIS MEDICOS LTDA EPP os produtos/serviços constantes na nota fiscal indicada ao lado Emissão: 30/08/2022 - Dest.: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE - Valor Total: 75,00												NF-e Nº: 000.001.740 SÉRIE: 1											
DATA DE RECEBIMENTO				IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR																			
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE HOSPITALARES COMERCIO DE MATERIAIS MEDICOS LTDA EPP RUA: LAGES, 649 SALAS 05 E 06 CENTRO - 89201 - 205 Joinville - SC Telefone: 4734342800												DANFE Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA 1 Nº: 000.001.740 SÉRIE: 1 FOLHA 1/1				 CHAVE DE ACESSO 4222 0811 6045 9300 0111 5500 1000 0017 4018 4120 0005 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora							
NATUREZA DA OPERAÇÃO												PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO											
Venda												342220178514630 30/08/2022 15:10:14											
INSCRIÇÃO ESTADUAL						INSCRIÇÃO EST. DO SUBST. TRIBUTARIO						C.P.F./C.N.P.J.											
256043124												11.604.593/0001-11											
DESTINATÁRIO/REMETENTE																							
NOME/RAZÃO SOCIAL												CNPJ/CPF				DATA DA EMISSÃO							
INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE												15.116.763/0004-12				30/08/2022							
ENDEREÇO												BAIRRO				CEP							
Alameda Julia da Costa, 1447												Bigorrrilho				80730 - 070							
MUNICÍPIO						FONE/FAX						UF											
CURITIBA						(41) 3240-2942						PR											
												IE				HORA DA SAÍDA							
																15:04:38							
CÁLCULO DO IMPOSTO																							
BASE DE CÁLC DO ICMS				VALOR DO ICMS				BASE CÁLC DO ICMS ST				VALOR DO ICMS ST				VALOR APROX. TRIB.				VALOR TOTAL DOS PRODUTOS			
0,00				0,00				0,00				0,00				0,00				75,00			
VALOR DO FRETE				VALOR DO SEGURO				DESCONTO				OUTRAS DESP. ACESS.				VALOR DO IPI				VALOR TOTAL DA NOTA			
0,00				0,00				0,00				0,00				0,00				75,00			
DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS																							
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO					NCM/SH	CSOSN	CFOP	UND	QTD	VL. UNIT.	VL. TOTAL	DESC.	VL. TOT. LIQ.	B. C. ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	ICMS	IPI	VL. APX			
725	TIPOIA ESTOFADA VELPEAU P - Barras: 7898601060768					90211010	0102	6102	UN	1,00	75,00	75,00	0,00	75,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
DADOS ADICIONAIS												RESERVADO AO FISCO											
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES MD-5:86B4AC932EF2D98A79B4760F3312174B Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de IPI. Permite o aproveitamento do crédito de icms no valor de R\$ 0,00. Correspondente a alíquota de 0,00 %, nos termos do art. 23 da LC 123 / 2006. CFOP 6102 = R\$75,00; Não há cobrança do Fundo Estadual de Combate à Pobreza e às Desigualdades Sociais.																							

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Guilherme Augusto Stirma (CRM 27722)

Blumenau, 123,
Fone: (47) 3451.3333
Joinville - SC

2º VIA PACIENTE

Dr. Braulio Cesar da Rocha Barbosa
Diretor Técnico Médico
CRM - SC 3379

Agende suas consultas e exames online através do
www.donahelena.com.br/agendaonline

Paciente: **Manuela Cassia Batista**
Endereço: **Av. Itajuba , 875 Apto 102 Itajuba Barra Velha SC**
Data receita:
Prescrição:

Joinville, 30 de agosto de 2022

BEXAI 35MG

BEXAI 35MG (1 CAIXA)

TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 8/8 HORAS POR 5 DIAS

NOVALGINA

DIPIRONA 1G..... (1 CAIXA)

TOMAR 1 COMPRIMIDO 6/6 HORAS

AGUD(24 COMPRIMIDOS)

PARACETAMOL + CODEÍNA (500MG + 30MG)

TOMAR 1 COMPRIMIDO 8/8 HORAS SE DOR FORTE

TIPOIA DE LONA - UTILIZAR TODO TEMPO

RETORNO AO PS SE NECESSÁRIO, CASO SINTOMAS DE AGRAVO

464526
Dr. Guilherme A. Stirma
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SC 27722

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
Iden.: Órg. Emissor:
End.:
Cidade: UF:
Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1282018
Nome **Manuela Cassia Batista**
Mãe Rita de Cassia Fagundes
Data Nascto 30/01/2006
Idade 16 anos e 7
Data 30/08/2022
Convênio Escola Adventista

Atendimento 7784320
Sexo Feminino
Clínica Emergência Ortopédica
Cód.Usuário 1332862
Senha
Hora 12:40
Obs. Conv.: Cópia dos documentos e Guia AME em anexo

ID 
Paciente: 1691164
Guia 7582
Funcionário Kamila.Z
Dt.Validade 30/08/2022
Responsável Isac Cesar Fernandes

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 agosto de 2022

Joinville, 30 de agosto de 2022.

Manuela Cassia Batista

ORIENTAÇÕES DE RETORNO AMBULATORIAL

MARCAR RETORNO AMBULATORIAL NO CDO COM PARA REAVALIAÇÃO COM EQUIPE DE ORTOPEDIA DO HOSPITAL DONA HELENA

ESPECIALISTA DO PÉ E TORNOZELO: DR CÁSSIO HIRAGA

ESPECIALISTA DO JOELHO: DR VITOR COROTTI, DR FELIPE NEVES

ESPECIALISTA DO QUADRIL: DR TAIUA MILAN

ESPECIALISTA DA COLUNA: DR GUILHERME ZANDAVALLI, DR FELIPE NANNI, DR FELIPE MARTINS

ESPECIALISTA DO OMBRO E COTOVELO: DR GUILHERME STIRMA, DR JAN TAMANINI

ESPECIALISTA DA MÃO: DR REYNALDO LEMOS, DRA ALINE GAFURI, DR MARCIO FIALLA

ESPECIALISTA ORTOPEDIATRICA: DRA HELENA STEIN

ESPECIALISTA RECONSTRUÇÃO ÓSSEA: DR LEONARDO GUBERT

ESPECIALISTA EM TUMOR ÓSSEO: DR ALVARO FERREIRA

RETORNO ANTES NO PS OU AMBULATORIAL NO CDO COM PARA REAVALIAÇÃO SE NECESSÁRIO

PARA MARCAR CONSULTA:

POR TELEFONE: (47) 3451-3322 / 3451-3321

PELO SITE www.hospitaldonahelena.com.br/agendaonline

LOCAL:

HOSPITAL DONA HELENA

CDO – CENTRO DE DIAGNOSTICO ORTOPÉDICO (10º ANDAR)

RUA BLUMENAU, 123 - CENTRO - JOINVILLE - SC

Dr. Guilherme Augusto Stirma (CRM 27722)

Joinville, 30 de agosto de 2022.
Emergência Ortopédica

Manuela Cassia Batista

Atesto, para os devidos fins, que o Sr(a) **Manuela Cassia Batista** necessita de (Quatro) dia(s) de afastamento de **atividades escolares**, a partir desta data, por motivos de saúde.

Atendimento: 7784320

Dr. Guilherme A. Stirma
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SC: 27722 TEOT: 16453

Dr. Guilherme Augusto Stirma (CRM 27722)