

Recebemos de HOSPITALARES COMERCIO DE MATERIAIS MEDICOS LTDA os produtos/serviços constantes na nota fiscal indicada ao lado Emissão: 21/06/2024 - Dest.: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE - Valor Total: 260,00

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº: 000.002.123
SÉRIE: 1

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
HOSPITALARES COMERCIO DE MATERIAIS MEDICOS LTDA
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: 000.002.123
SÉRIE: 1
FOLHA 1/1


CHAVE DE ACESSO
4224 0611 6045 9300 0111 5500 1000 0021 2310 8570 0006
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda

INSCRIÇÃO ESTADUAL
256043124

INSCRIÇÃO EST. DO SUBST. TRIBUTARIO

C.P.F./C.N.P.J.
11.604.593/0001-11

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
242240045711204 21/06/2024 15:37:24

DESTINATÁRIO/REMETENTE
NOME/RAZÃO SOCIAL
INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

CNPJ/CPF
15.116.763/0004-12

DATA DA EMISSÃO
21/06/2024

ENDEREÇO
Alameda Julia da Costa, 1447

BAIRRO
Bigorrrilho

CEP
80730 - 070

DATA DA ENTRADA/SAÍDA
21/06/2024

MUNICÍPIO
CURITIBA

FONE/FAX
(41) 3240-2942

UF
PR

IE

HORA DA SAÍDA
15:31:01

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CALC DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CALC DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR APROX. TRIB.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	260,00
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	260,00

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
2610	COLETE PUTTI BAIXO RETO BEGE M MERCUR - Barras: 7896342412013	90211010	0102	6102	UN	1,000	260,00	260,00	0,00	260,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MD-5:285C17D94542DA59EBFF3610D8E621EC Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.
Nao gera direito a credito fiscal de IPI. CFOP 6102 = R\$260,00; Não há cobrança do Fundo Estadual de Combate à

RESERVADO AO FISCO

VIA - CLIENTE



HOSPITALARES
CNPJ:11.604.593/0001-11
Joinville/SC 21/06/24 - 15:32:34

CREDITO A VISTA R\$ 260,00

MASTERCARD XXXXXXXXXXXX5657 AUT:5238/D
PEDRO R SILVA BECK LV 000002614 C

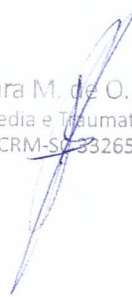
Joinville, 20 de junho de 2024.

Levy Leitzke

USO ORTOPÉDICO

1) COLETE DE PUTTI BAIXO ----- 1 UN

UTILIZAR COLETE DIARIAMENTE



Barbara M. de O. Pinto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SC 33265

Dra. Barbara Miroski de Oliveira Pinto (CRM 33265)

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1338640	Atendimento	9005684	ID	
Nome	Levy Leitzke	Sexo	Masculino	Paciente:	1758761
Mãe	Monica Waschenfelder Leitzke	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	9005684
Data Nascto	15/01/2008	Cód.Usuário	particular	Funcionário	Maria.Cerqueira
Idade	16 anos e 5	Senha		Dt.Validade	31/12/2024
Data	21/06/2024	Hora	11:24	Responsável	Olivaldo Leitzke
Convênio	Particular	Obs. Conv.:	cop dos docs em anexo (esperando autorizacao do ama)		

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, 21 de junho de 2024

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Levy Leitzke

Nº da Carteira: 13.3.3520

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 15/01/2008

Nº da Guia: 18873.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
21/06/2024	11:32:04	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Lesão na coluna	Costas

Descrição

O aluno estava jogando futsal na posição de goleiro, quando defendeu um chute e deu mal jeito na coluna.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Lucas Gabriel Scardueli de Souza	(47) 98896-5609

Quem prestou primeiros socorros	Data
Lucas Gabriel Scardueli de Souza	20/06/2024

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

Motivo do Retorno

Retorno para realizar avaliação e exames de tomografia de coluna/lombo sacro até 3 seguimentos.

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

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