

**IAESC**INSTITUTO ADVENTISTA DE  
ENSINO DE SANTA CATARINA

|                    |                                                                  |
|--------------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>Favorecido</b>  | <b>Instituição Adventista Sul Brasileira de Educação - IAESC</b> |
| <b>CNPJ</b>        | <b>76.726.884/0044-68</b>                                        |
| <b>Banco</b>       | <b>237 - Bradesco</b>                                            |
| <b>Agencia</b>     | <b>2693</b>                                                      |
| <b>C. Corrente</b> | <b>11272-0</b>                                                   |

**Dados do reembolso - Seguro Aluno**

|               |                       |
|---------------|-----------------------|
| <b>Código</b> | <b>Nome Aluno (a)</b> |
| 2456          | Leticia Mendes Alves  |

**Descrição dos Gastos**

| Valor     | NF     | Prestador                            | Descrição    |
|-----------|--------|--------------------------------------|--------------|
| R\$ 56,90 | 112466 | Cia Latino Americana de Medicamentos | Medicamentos |

**R\$ 56,90****Total Reembolso**

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

**RH - IAESC****Tesouraria****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****Araquari, 20 de Setembro de 2022**

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Leticia Mendes Alves

**Nº da Carteira:** 13.3.2456

**Instituição:** Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

**Data de Nascimento:** 06/02/2005

**Nº da Guia:** 7794



| Data da Ocorrência | Horário  | Local                         | Atividade                 |
|--------------------|----------|-------------------------------|---------------------------|
| 19/08/2022         | 08:50:00 | Dormitório (Ex.: residencial) | Porta do quarto emperrada |

| O que aconteceu                                              | Partes do corpo |
|--------------------------------------------------------------|-----------------|
| Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira) | Ombro Direito   |

### Descrição

A aluna refere dor no ombro D, devido ao ato de, no dia 19/08 e ela e outra colega abrirem uma porta que estava emperrada na força, empurrando. A aluna não avisou ninguém do residencial, também não fez gelo e nem tomou remédio para dor.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Grazielly Oliveira       | (47) 3447-7480 |
| Syendra Oliveira         | (47) 3447-7400 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Syendra                         | 12/09/2022 |

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

### Observações

A aluna refere dor no ombro D, devido ao ato de, no dia 19/08 e ela e outra colega abrirem uma porta que estava emperrada na força, empurrando. A aluna não avisou ninguém do residencial, também não fez gelo e nem tomou remédio para dor.

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

<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)



|                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>CIA LATINO AMERICANA DE<br/>MEDICAMENTOS</b><br>RUA BLUMENAU, 138<br><br>CENTRO<br>JOINVILLE<br>SC<br>TEL/FAX: 4734331518<br>CEP: 89204250 |  | <b>DANFE</b><br>DOCUMENTO AUXILIAR<br>DA NOTA FISCAL<br>ELETRÔNICA<br>0 - Entrada <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</span><br>1 - Saída<br>Nº 000.112.466<br>SÉRIE : 1<br>FOLHA: 1 de 1 |  | <br>CHAVE DE ACESSO<br>4222 0984 6834 8101 0059 5500 1000 1124 6612 2115 7096<br>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e<br><a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a><br>ou no site da Sefaz Autorizadora |  |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br><b>LANC. REGISTRADO EM EQUIP. CUPOM FISCAL</b>                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                |  | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br>342220187593385 - 12/09/2022 11:05:36                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>254357601                                                                                                               |  | INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTÁRIA                                                                                                                                                                             |  | CNPJ<br>84.683.481/0100-59                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

|                                                            |  |  |                               |                                |          |                               |                                |
|------------------------------------------------------------|--|--|-------------------------------|--------------------------------|----------|-------------------------------|--------------------------------|
| NOME/RAZÃO SOCIAL<br><b>CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA</b> |  |  |                               | CNPJ/CPF<br>15.116.763/0004-12 |          | DATA DA EMISSÃO<br>12/09/2022 |                                |
| ENDEREÇO<br>JULIA DA COSTA, 1447                           |  |  | BAIRRO/DISTRITO<br>BIGORRILHO |                                |          | CEP<br>80730-070              |                                |
| MUNICÍPIO<br>CURITIBA                                      |  |  | FONE/FAX                      |                                | UF<br>PR |                               | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>11:05:33 |

**FATURA**
**CÁLCULO DO IMPOSTO**

|                         |                 |               |                            |                         |              |                            |  |                          |  |
|-------------------------|-----------------|---------------|----------------------------|-------------------------|--------------|----------------------------|--|--------------------------|--|
| BASE DE CÁLCULO DE ICMS |                 | VALOR DO ICMS |                            | BASE DE CÁLCULO ICMS ST |              | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO |  | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |  |
| 0,00                    |                 | 0,00          |                            | 0,00                    |              | 0,00                       |  | 59,53                    |  |
| VALOR DO FRETE          | VALOR DO SEGURO | DESCONTO      | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS |                         | VALOR DO IPI | VALOR APROX. DOS TRIBUTOS  |  | VALOR TOTAL DA NOTA      |  |
| 0,00                    | 0,00            | 2,63          | 0,00                       |                         | 0,00         | 0,00                       |  | 56,90                    |  |

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

|              |  |         |                                |       |             |           |               |            |    |              |          |                    |  |
|--------------|--|---------|--------------------------------|-------|-------------|-----------|---------------|------------|----|--------------|----------|--------------------|--|
| RAZÃO SOCIAL |  |         | FRETE POR CONTA<br>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  |                           |
| 1000003420 | MAXSULID C/10 CPR 400MG<br>[L:B22F2222 Qt:1]                                     | 30049099 | 0 41 | 5929 | UN    | 1      | 43.48000000    | 43,48       | 0,00         | 0,00       | 0,00      | 0,00      | 0,00 | 0,00                      |
| 1000021408 | DIPIRONA PRATI C/10 CPR 1000MG<br>GEN<br>[L:22G98A Qt:1] [Vl. Desconto: R\$2,63] | 30049069 | 0 41 | 5929 | UN    | 1      | 16,05000000    | 16,05       | 0,00         | 0,00       | 0,00      | 0,00      | 0,00 | 0,00                      |

**DADOS ADICIONAIS**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>Nr. Fabricacao do ECF: EP121810000000024370<br>COO: 167779<br>NFC-e nr. 4329115 Serie ECF Emitido em: 12/09/2022<br>MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156<br>Base de calculo de ICMS = 56.90<br>Valor do ICMS = 9.67 Valor do ICMS Desonerado: 6,83 | RESERVADO AO FISCO |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|

Joinville, 12 de setembro de 2022.

**Leticia Mendes Alves**

Uso oral

1 - Lisador DIP ----- 1 caixa

Tomar 1 comprimido de 6 em 6 horas, se dor.

2 - Maxsulid 400 ----- 1 caixa

Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas durante 3 dias.

\*Ingerir após alimentação.

Em caso de emergência retornar ao pronto-socorro

**Agendar retorno no CDO do Hospital Dona Helena**

✓ - Dr Jan Gabriel Tamanini ou Dr Guilherme Stirma

**Telefone para agendamento: 3451-3322 ou 3451-3321**

Dr. Felipe Younes Quatrin  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-SC 21827  
RQE 17313 / TEOT 16495

Dr. Felipe Younes Quatrin (CRM 21827)



## FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

|             |                            |             |                       |             |                                                                                     |
|-------------|----------------------------|-------------|-----------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Prontuário  | 1282873                    | Atendimento | 7802838               | ID          |  |
| Nome        | Leticia Mendes Alves       | Sexo        | Feminino              | Paciente:   | 1692264                                                                             |
| Mãe         | Irailde Mendes de Oliveira | Clínica     | Emergência Ortopédica | Guia        | 7794                                                                                |
| Data Nascto | 06/02/2005                 | Cód.Usuário | 1332456               | Funcionário | Juliana.R                                                                           |
| Idade       | 17 anos e 7                | Senha       |                       | Dt.Validade | 31/12/2022                                                                          |
| Data        | 12/09/2022                 | Hora        | 10:18                 | Responsável | Tatiane Grazielle Salvador                                                          |
| Convênio    | Escola Adventista          | Obs. Conv.: | Guia em anexo         |             |                                                                                     |

## 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, 12 de setembro de 2022