



IAESC

INSTITUTO ADVENTISTA DE
ENSINO DE SANTA CATARINA

Favorecido

Instituição Adventista Sul Brasileira de Educação - IAESC

CNPJ

76.726.884/0044-68

Banco

237 - Bradesco

Agencia

2693

C. Corrente

11272-0

Dados do reembolso - Seguro Aluno

Código

Nome Aluno (a)

3927q

Adrielly de Brito Santa

Descrição dos Gastos

Valor

NF

Prestador

Descrição

R\$

89,97

22328

Farmacia Macedo - Mario
Cesar de Macedo - ME

Medicamentos

R\$

89,97

Total Reembolso

IAESC

Dpto. Pessoal

João Teodoro de Azevedo Júnior

RH - IAESC

76.726.884/0044-68

Instituição Adventista
Sul Brasileira de Educação

Araquari, 11 de maio de 2023

Tesouraria

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Adrielly de Brito Santa

Nº da Carteira: 13.3.3927

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 09/12/2006

Nº da Guia: 10230

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/03/2023	21:02:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo

Descrição

A aluna estava jogando vôlei, quando caiu e torceu o pé E. Realizado gelo por 15 minutos. Foi colocado imobilização com robofut. Aluna encaminhada ao hospital.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Keroline	(47) 3447-7400
Syendra	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Keroline	18/03/2023

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 jogando vôlei, quando caiu e torceu o pé E. Realizado gelo por 15 minutos. Foi colocado imobilização com robofut. Aluna encaminhada ao hospital. Pais cientes

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

Ass.:

IAESC
Dpto. Pessoal
João Teodoro de Azevedo Júnior
CPF: 054.204.029-38

Erenice Pereira De Araujo

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



FCIA MACEDO

MARIO CESAR DE MACEDO - ME

CNPJ: 01.084.149/0001-69 IE: 253282659

RODOVIA BR-101 KM 71, 10000, RAINHA,

ARAQUARI-SC (47)3452-0097

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
Eletrônica

Código	Descrição	Qtde.	Un.	Vi.	Unit.	Vi.	Desc. (%)	Vi.	Total
44198	NEOCOFLAM AER 85 ML								
		1	UN	43,55					43,55
48316	FLANCOX 500MG C14 CP								
		1	UN	46,42					46,42
Qtde. total de itens									2
Valor total R\$									89,97
Valor a pagar R\$									89,97
FORMA PAGAMENTO									VALOR PAGO R\$
Total Pago R\$									89,97
Dinheiro									89,97

Consulte pela Chave de Acesso em

<https://sat.sef.sc.gov.br/nfce/consulta>

4223 0301 0841 4900 0169 6500 1000 0223 2818 8888 8899



CONSUMIDOR CNPJ:

15.116.763/0004-12

NFC-e nº 22328 Serie 1

23/03/2023 11:44:08 Via

Consumidor

Protocolo de autorização:

342230155689938

Data de autorização:

23/03/2023 11:44:11

CLIENTE:

VENDEDOR: 1 - MARIO CESAR

Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012) Federal

R\$12,10 Estadual R\$0,00 Municipal R\$0,00

NUM. CONTROLE: 135546

Joinville, 19 de março de 2023.

Adrielly de Brito Santa

:USO ORAL

Flancox 600 mg
Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas, POR 5 DIAS.
Caixa com 14 comprimidos.

:USO TÓPICO

Acheflan
Cordia verbenacea DC Spray (1 Frasco)
Aplicar 3 vezes ao dia, SE DOR

Dr. Mário Sérgio da S. Miranda
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15846 - RQE 10.930

Dr. Mario Sergio da Silva Miranda (CRM 15846)

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1297486
Nome **Adrielly de Brito Santa**
Mãe Kedima Santa de Brito
Data Nascto 09/12/2006
Idade 16 anos e 3
Data 19/03/2023
Convênio Escola Adventista

Atendimento 8108272
Sexo Feminino
Clínica Emergência Ortopédica
Cód.Usuário 1333927
Senha
Hora 11:42
Obs. Conv.: Cópia do doc + autorização em anexo

ID 
Paciente: 1709907
Guia 10230
Funcionário Janaina.L
Dt.Validade 19/03/2023
Responsável Ezequiel Marcus

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, 19 de março de 2023

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF