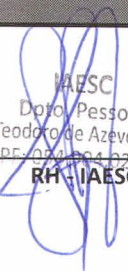


 IAESC INSTITUTO ADVENTISTA DE ENSINO DE SANTA CATARINA	Favorecido	Instituição Adventista Sul Brasileira de Educação - IAESC		
	CNPJ	76.726.884/0044-68		
	Banco	237 - Bradesco		
	Agencia	2693		
	C. Corrente	11272-0		
Dados do reembolso - Seguro Aluno				
Código	Nome Aluno (a)			
2248	Alan Diego de Sena Vicente			
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador	Descrição	
R\$ 120,02	194536	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos	
R\$ 120,02	Total Reembolso			


 IAESC
 Diretor Pessoal
 João Teodoro de Azevedo Júnior
 CPF: 074.904.229-38
 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, 14 de novembro de 2022

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Alan Diego de Sena Vicente

Nº da Carteira: 13.3.2248

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 17/12/2005

Nº da Guia: 8618



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/10/2022	18:09:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Rosto

Descrição

Aluno Alan Diego, jogando futebol recebeu um carrinho durante o jogo, por causa do incidente o aluno bateu com o rosto na tela de proteção da quadra abrindo um corte na testa.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Bruno Redert	(47) 9998-2381

Quem prestou primeiros socorros	Data
Bruno Redert	20/10/2022

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

Observações

Aluno com corte na testa, devido ao acidente, foi levado a atendimento junto a enfermeira do colégio

IAESC
Diretor Pessoal
João Tendoro de Azevedo Júnior
CPF: 054.004.029-38

Ass.:

Geazi Gomes de Oliveira

176.726.884/0044-68

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 BAIRRO: CENTRO
CEP: 89204-250 JOINVILLE / SC
CNPJ: 84.683.481/0100-59
IE : 254.357.601
20/10/2022 21:12:23 CCF:000194536 CDD:000361117
CNPJ/CPF consumidor: 15.116.763/0004-12
CUPOM FISCAL
ITEM CDDIGO DESCRIÇÃO
QTD. UN. VL UNIT(RS) ST VL ITEM(RS)
001 1000004042 #1300200#30041012#AHOXCLAV EMS C14 CPR RE
V 875125HG GEN#1300200#30041012#AN(U)
1 un X 160,02 T17,00% 160,02
desconto item 1 -40,00
TOTAL R\$ 120,02
Dinheiro 91,85
CARTAO DEBITO 28,17
SOMA R\$ 120,02
OPERADOR:106405 DOC:4343499 VENDEDOR:452001 CAIXA:15160
TRIBUTOS APROX. R\$ 38,51 (32,09%) IBPT
* ----- A VISTA ----- *
CLIENTE : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
COD.: 09240019666
SUA ECONOMIA : 40,00
A gente cuida de voc
HDS: 7F90BDE6AA08707394152424630B156
E77PsrkHT56D3YHTCP9VQCmFFdukt0JL7bV5KY1zvo=
MARCA:EPSON MOD.:TH-T900F
ECF-IF VERSAO:01.02.01 ECF:012 LJ:0728
99999999/p&%,/)(?8 20/10/2022 21:13:57
04151218100 00000025028 00019453620 10202250773
FAB:EP121810000000025028

CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS
RUA: BLUMENAU, 138 BAIRRO: CENTRO
CEP: 89204-250 JOINVILLE / SC
CNPJ: 84.683.481/0100-59
IE : 254.357.601
20/10/2022 21:14:00 GNF:000163150 CDD:000361118
CDD:0123
NÃO É DOCUMENTO FISCAL
COMPROVANTE CREDITO OU DEBITO
CARTAO DEBITO
CDD do documento vinculado: 000361117
Valor total da operação R\$ 120,02
Valor do pagamento R\$ 28,17
Quantidade de Parcelas: 1
Número desta parcela 1
DROGARIA CATARINENSE
ELO
CIELO
ELO DEBITO
650042*****5308
1a VIA-CLIENTE AUT=300847
DOC=500350 20/10/22 21:13 ONL-C
VENDA A DEBITO
VALOR: 28,17
(SiTef)

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Jan Gabriel Tamanini (CRM 20947)

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

2º VIA PACIENTE

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

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

469918

Paciente: Alan Diego de Sena Vicente
Endereço: Quilometro 104 Br 101, 101 Coveta Joinville
Data receita:
Prescrição:

Joinville, 20 de outubro de 2022

USO INTERNO VIA ORAL:

1. CLAVULIN BD 875 + 125 MG ----- 14 COMPRIMIDOS
TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 12 HORAS POR 7 DIAS.

REALIZAR LIMPEZA DO FERIMENTO COM SORO FISIOLÓGICO E TROCAR
CURATIVO TODOS OS DIAS.

RETIRAR PONTOS DE SUTURA EM 10 DIAS.

EM CASO DE PIORA DOS SINTOMAS DIRIGIR-SE AO PRONTO-SOCORRO.

Dr. Jan Tamanini
Ortopedia e Traumatologia
CRM/SC 20947 - RQE 17157 - TEOT 16563

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome:	
Iden.:	Órg. Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Telefone:	
	Assinatura do Farmacêutico
	Data: ____/____/____

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1285824	Atendimento	7865324	ID	
Nome	Alan Diego de Sena Vicente	Sexo	Masculino	Paciente:	1695985
Mãe	Alconides Ferreira de Sena	Clínica	Emergência Clínica	Guia	8618
Data Nascto	17/12/2005	Cód.Usuário	2248	Funcionário	Raquel.Carvalho
Idade	16 anos e	Senha		Dt.Validade	20/10/2022
Data	20/10/2022	Hora	20:16	Responsável	Agamenon Oliveira
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:			

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, 20 de outubro de 2022

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF