

|                                                                                                                                                                      |                        |                                                                  |                  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------|--|
| <br><b>IAESC</b><br><small>INSTITUTO ADVENTISTA DE ENSINO DE SANTA CATARINA</small> | <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>                                                   |                  |  |
| <b>Dados do reembolso - Seguro Aluno</b>                                                                                                                             |                        |                                                                  |                  |  |
| <b>Código</b>                                                                                                                                                        | <b>Nome Aluno (a)</b>  |                                                                  |                  |  |
| 2689                                                                                                                                                                 | Alissa Cavalcante      |                                                                  |                  |  |
| <b>Descrição dos Gastos</b>                                                                                                                                          |                        |                                                                  |                  |  |
| <b>Valor</b>                                                                                                                                                         | <b>NF</b>              | <b>Prestador</b>                                                 | <b>Descrição</b> |  |
| R\$ 49,53                                                                                                                                                            | 118252                 | Cia Latino Americana de Medicamentos                             | Medicamentos     |  |
| <b>R\$ 49,53</b>                                                                                                                                                     | <b>Total Reembolso</b> |                                                                  |                  |  |

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 Educação

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

Araquari, 11 de maio de 2023

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Alissa Cavalcante

**Nº da Carteirinha:** 13.3.2689

**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

**Data de Nascimento:** 04/03/2008

**Nº da Guia:** 10602



| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 04/04/2023         | 11:24:00 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu    | Partes do corpo                  |
|--------------------|----------------------------------|
| Bola bateu no dedo | Mão Direita, 3º Dedo Mão Direita |

### Descrição

A aluna estava jogando vôlei quando a bola bateu no seu dedo com muita força.

### Testemunha da ocorrência

Mireia

### Telefone

(47) 3447-7401

### Quem prestou primeiros socorros

Mireia

### Data

04/04/2023

| 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 está com muita dor e não consegue mexer o seu dedo por isso achamos melhor encaminhar para o pronto atendimento.

176.726.884/0044-68  
Instituição Adventista  
Sul Brasileira de Educação  
Rua: BR, 101 - KM 64, 17400  
Bairro: Corveta - Cep: 89245-000 Ass.:  
Araquari - Santa Catarina

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

Andre Luiz Rocha

**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](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 MEDICAMENTOS</b><br>RUA BLUMENAU, 138<br>CENTRO<br>JOINVILLE<br>SC<br>CEP: 89204250<br>TELEFONE: 4734331518 |  | <b>DANFE</b><br>DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA<br>0 - Entrada 1<br>1 - Saída 1<br>Nº 000.118.252<br>SÉRIE : 1<br>FOLHA: 1 de 1 |  | <br>CHAVE DE ACESSO<br>4223 0484 6834 8101 0059 5500 1000 1182 5212 3134 2044<br>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e<br>www.nfe.fazenda.gov.br/portal<br>ou no site da Sefaz Autorizadora |  |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br>LANC. REGISTRADO EM EQUIP. CUPOM FISCAL                                                                        |  |                                                                                                                                              |  | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br>342230074206916 - 04/04/2023 13:46:02                                                                                                                                                                                                                   |  |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>254357601                                                                                                        |  | INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA                                                                                                           |  | CNPJ<br>84.683.481/0100-59                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |

DESTINATÁRIO/REMETENTE

|                                                     |  |                               |                                |                  |                                                 |
|-----------------------------------------------------|--|-------------------------------|--------------------------------|------------------|-------------------------------------------------|
| NOME/RAZÃO SOCIAL<br>CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA |  |                               | CNPJ/CPF<br>15.116.763/0004-12 |                  | DATA DA EMISSÃO<br>04/04/2023                   |
| ENDEREÇO<br>JULIA DA COSTA, 1447                    |  | BAIRRO/DISTRITO<br>BIGORRILHO |                                | CEP<br>80730-070 | DATA DE SAÍDA/ENTRADA<br>04/04/2023             |
| MUNICÍPIO<br>CURITIBA                               |  | FONE/FAX                      |                                | UF<br>PR         | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>HORA DE SAÍDA<br>13:45:58 |

FATURA

CÁLCULO DO IMPOSTO

|                                 |                         |                       |                                    |                                 |                                   |                                    |                              |                                   |  |
|---------------------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|--|
| BASE DE CÁLCULO DE ICMS<br>0,00 |                         | VALOR DO ICMS<br>0,00 |                                    | BASE DE CÁLCULO ICMS ST<br>0,00 |                                   | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00 |                              | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>71,22 |  |
| VALOR DO FRETE<br>0,00          | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | DESCONTO<br>21,69     | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>0,00 | VALOR DO IPI<br>0,00            | VALOR APROX. DOS TRIBUTOS<br>0,00 |                                    | VALOR TOTAL DA NOTA<br>49,53 |                                   |  |

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 LIQUIDO |                    |

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

| COD. PROD. | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO                                                            | NCM SH   | CST  | CFOP | UNID. | QUANT. | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL | B.CALC. ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALÍQUOTAS |      | VALOR APROX. DOS TRIBUTOS |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------|------|------|-------|--------|----------------|-------------|--------------|------------|-----------|-----------|------|---------------------------|
|            |                                                                                         |          |      |      |       |        |                |             |              |            |           | ICMS      | IPI  |                           |
| 1000003049 | DIPIRONA MEDLEY C/30 CPR 500MG GEN [L:DKP00024 Qt:1] [Vl. Desconto: R\$9,85]            | 30049069 | 0 41 | 5929 | UN    | 1      | 31,75000000    | 31,75       | 0,00         | 0,00       | 0,00      | 0,00      | 0,00 | 0,00                      |
| 1000011020 | CETOPROFENO MEDLEY C/10 CPR REV LP 150MG GEN [L:DRA00110 Qt:1] [Vl. Desconto: R\$11,84] | 30049029 | 0 41 | 5929 | UN    | 1      | 39,47000000    | 39,47       | 0,00         | 0,00       | 0,00      | 0,00      | 0,00 | 0,00                      |

1.1

DADOS ADICIONAIS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>Nr. Fabricacao do ECF: EP121810000000024370<br>COO: 218744<br>NFC-e nr. 4413452 Serie ECF Emitido em: 04/04/2023<br>MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156<br>Base de calculo de ICMS = 49.53<br>Valor do ICMS = 8.42 Valor do ICMS Desonerado: 5,95 | RESERVADO AO FISCO |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|

Joinville, 4 de abril de 2023.

**Alissa Cavalcante**

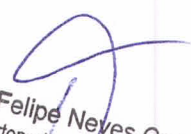
**USO ORAL:**

1. DIPIRONA 500MG----- 1 CAIXA  
TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS SE DOR.
2. CETOPROFENO 150MG-----1 CAIXA  
TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 12 HORAS (APÓS REFEIÇÃO) POR 5 DIAS

**USO LOCAL**

COMPRESSA COM GELO POR 15 MINUTOS, 5 VEZES AO DIA POR 5 DIAS.

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



Dr. Felipe Neves Campos  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM SC 20308 RQE 14639 TEOT 15115

Dr. Felipe Neves Campos (CRM 20308)



## FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

|             |                                         |             |                       |             |                                                                                     |
|-------------|-----------------------------------------|-------------|-----------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Prontuário  | 1299274                                 | Atendimento | 8144293               | ID          |  |
| Nome        | Alissa Cavalcante                       | Sexo        | Feminino              | Paciente:   | 1711670                                                                             |
| Mãe         | Erika Patricia Rigonato Mota Cavalcante | Clínica     | Emergência Ortopédica | Guia        | 10602                                                                               |
| Data Nascto | 04/03/2008                              | Cód.Usuário | 1332689               | Funcionário | Leticia.Santos                                                                      |
| Idade       | 15 anos e 1                             | Senha       |                       | Dt.Validade | 31/12/2222                                                                          |
| Data        | 04/04/2023                              | Hora        | 13:15                 | Responsável | Agamenon Oliveira                                                                   |
| Convênio    | Escola Adventista                       | Obs. Conv.: | Autorização 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, 4 de abril de 2023

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF