

 IAESC <small>INSTITUTO ADVENTISTA DE ENSINO DE SANTA CATARINA</small>	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)			
2742	Carlos Eduardo Branga			
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador	Descrição	
R\$ 49,58	109075	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos	
R\$ 49,58	Total Reembolso			

IAESC
Dpto. Pessoa
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, 08 de junho de 2022

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Carlos Eduardo Branga
Nº da Carteira: 13.3.2742
Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 04/09/2005

Nº da Guia: 6046

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/05/2022	15:53:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Antebraço Esquerdo, Mão Esquerda, Cotovelo Esquerdo

Descrição
O aluno estava em aula de educação física, jogando basquete, quando o mesmo foi fazer o movimento de enterrada, sem a bola. O aluno ficou suspenso no aro da tabela com a mão direita, quando a mão soltou e ele caiu de altura por cima do braço E. Batendo contra o chão e com o peso do próprio corpo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Malton	(47) 3447-7480
Enoque	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Syendra	05/05/2022

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

Observações
O aluno estava em aula de educação física, jogando basquete, quando o mesmo foi fazer o movimento de enterrada, sem a bola. O aluno ficou suspenso no aro da tabela com a mão direita, quando a mão soltou e ele caiu de altura por cima do braço E. Batendo contra o chão e com o peso do próprio corpo. Pais sendo avisados.

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.: 
IABSC
Dpto. Pessoa
João Teodoro de Azevedo Júnior
CPE: 054.904.029-38

João Teodoro de Azevedo Júnior

JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

**CIA LATINO AMERICANA DE
MEDICAMENTOS**

RUA BLUMENAU, 138



CENTRO
JOINVILLE
SC

TEL/FAX: 4734331518
CEP: 89204250

**DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA**

0 - Entrada
1 - Saída **1**
Nº 000.109.075
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1



CHAVE DE ACESSO

4222 0584 6834 8101 0059 5500 1000 1090 7512 2191 3053

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO
LANC. REGISTRADO EM EQUIP. CUPOM FISCAL

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
342220089640639 - 05/05/2022 19:12:23

INSCRIÇÃO ESTADUAL
254357601

INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA

CNPJ
84.683.481/0100-59

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		CNPJ/CPF 15.116.763/0004-12	DATA DA EMISSÃO 05/05/2022
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447	BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730-070	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 05/05/2022
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE/FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA 19:12:20

FATURA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 54,97		
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 5,39	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 49,58

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 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	
717873	DIPIRONA NEO QUIMICA C/10 CPR 1000MG GEN [Vl. Desconto: R\$5,39]	30049069	0 41	5929	UN	1	21,57000000	21,57	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
710704	ARTROSIL C/10 CAPS 160MG	30049099	0 41	5929	UN	1	33,40000000	33,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricacao do ECF: EP122010000000034707 COO: 77188 NFC-e nr. 4272118 Serie ECF Emitido em: 05/05/2022 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 49,58 Valor do ICMS = 8.43 Valor do ICMS Desonerado: 5,95	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Felipe Neves Campos (CRM 20308)

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

1º VIA FARMACIA

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

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

Paciente: **Carlos Eduardo Branga**
Endereço: **Rua São Manoel, 624 casa Centro Tubarão SC**

Joinville, 05 de maio de 2022

Data receita:

Prescrição:

USO ORAL:

1. DIPIRONA 1G-----1 CAIXA
TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS SE DOR.

OU

2. PACO 30MG-----1 CAIXA
TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS SE DOR FORTE.

3. ARTROSIL 160MG-----1 CAIXA
TOMAR 1 COMPRIMIDO AO DIA (APÓS REFEIÇÃO) POR 5 DIAS.

EM CASO DE PIORA DO SINTOMAS DIRIGIR-SE AO PRONTO-SOCORRO.
RETORNO NO CDO DO HOSPITAL DONA HELENA (10º ANDAR) COM ORTOPEDISTA
DR JAN DIA 16/05/2022
LIGAR NO FONE 3451-3322 // 3451-3321 PARA AGENDAR O HORÁRIO,

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

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
Iden.: Órg. Emissor:
End.:
Cidade: UF:
Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1273377	Atendimento	7618404	ID	
Nome	Carlos Eduardo Branga			Paciente:	1680158
CPF	13482004994	Identidade	5945643	Religião	
Data Nascto	04/09/2005	Sexo	Masculino	Est. Civil	
Idade	16 anos e 8	Celular	996483163	CEP	88.701-120
Endereço	Rua São Manoel 624	Bairro	Centro	Cidade	Tubarão
Responsável	Jonatas Pedromo Zukowski	CPF	02994495058	Telefone	996650678
Endereço	BR 101 KM 64,17,coverta,escola	Clínica	Emergência Ortopédica		
Data	05/05/2022			Hora	17:47
Convênio	Escola Adventista	Cód.Usuário	1332742	Dt.Validade	05/05/2022
Guia	6046	Senha			
Funcionário	Janaina.L				
Obs. Conv.:	Autorização + copia do doc 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, 5 de maio de 2022

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF