

**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)**

2836

Clebeo Fontana Cardoso de Souza Junior

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 62,10	88773	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos
R\$ 65,37	88837	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos
R\$ 127,47	Total Reembolso		

IAESC

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

RH - IAESC

Tesouraria

Araquari, 25 de Outubro de 2021

76.726.884/0044-68

Instituição Adventista
Sul Brasileira de EducaçãoRua: BR, 101 - KM 64, 17400
Bairro: Corveta - Cep: 89245-000
Araquari - Santa Catarina

CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS RUA DR JOAO COLIN LOJA 02, 620 FARMÁCIA PREÇOPOPULAR		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 - Saída 1 Nº 000.088.773 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1		 CHAVE DE ACESSO 4221 1084 6834 8101 5956 5500 1000 0887 7312 1092 4105 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 342210194327323 - 16/10/2021 09:43:48	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 255965770		INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA		CNPJ 84.683.481/0159-56	

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA			CNPJ/CPF 15.116.763/0004-12		DATA DA EMISSÃO 16/10/2021	
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447			BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO		CEP 80730-070	
MUNICÍPIO CURITIBA			FONE/FAX		UF PR	
			INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DE SAÍDA 09:43:39	

FATURA**CÁLCULO DO IMPOSTO**

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		97,09	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS		VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS		VALOR TOTAL DA NOTA	
0	0	34,99	0,00		0,00	0,00		62,10	

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 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	
698234	CEFALEXINA EMS C/10 CPR REV 500MG GEN [VI. Desconto: R\$24,78] (W)	30042059	0 41	5929	UN	2	34,3700	68,74	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
687555	CEFALEXINA EMS C/8 CPR REV 500MG GEN [VI. Desconto: R\$10,21] (W)	30042059	0 41	5929	UN	1	28,3500	28,35	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricação do ECF: BE091210100011216131 COG: 438493 NFC-e nr. 1639207 Serie ECF Emitido em: 16/10/2021 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 62.10 Valor do ICMS = 10.56 Valor do ICMS Desonerado: 7,46	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Reynaldo Lemos de Souza Neto (CRM

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

Paciente: Clebeo Fontana Cardoso de Souza Junior
Endereço: Rodovia br 101 km 64, 17400 Corveta Araquari SC
Data receita:
Prescrição:

Joinville, 16 de outubro de 2021

USO INTERNO

1. CEFALEXINA 500MG ----- 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO VIA ORAL DE 06 EM 06 HORAS POR 7 DIAS.

Dr. Reynaldo Lemos S. Neto
Médico
CRM/SC 25873

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
Iden.:
End.:
Cidade:
Telefone:

Órg. Emissor:

UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____

CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS RUA DR JOAO COLIN LOJA 02, 620  CENTRO JOINVILLE SC TEL/FAX: 4734337575 CEP: 89201300		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 1 - Saída 1 Nº 000.088.837 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1		 CHAVE DE ACESSO 4221 1084 6834 8101 5956 5500 1000 0888 3712 1185 5106 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 342210195444003 - 18/10/2021 18:35:05	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 255965770		INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA		CNPJ 84.683.481/0159-56	

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA				CNPJ/CPF 15.116.763/0004-12		DATA DA EMISSÃO 18/10/2021	
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447		BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO		CEP 80730-070		DATA DE SAÍDA/ENTRADA 18/10/2021	
MUNICÍPIO CURITIBA		FONE/FAX		UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DE SAÍDA 18:34:57

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 77,34
VALOR DO FRETE 0	VALOR DO SEGURO 0	DESCONTO 11,97	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 65,37		

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	
731142	FLANCOX C/14 CPR REV 500MG [Vl. Desconto: R\$4,91]	30049079	0 41	5929	UN	1	41,8600	41,86	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
698887	LISADOR C/16 CPR 5+10+500MG [Vl. Desconto: R\$7,06]	30049099	0 41	5929	UN	1	35,4800	35,48	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricacao do ECF: SW03140000000052099 COO: 182125 NFC-e nr. 1639851 Serie ECF Emitido em: 18/10/2021 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 65,37 Valor do ICMS = 11.11 Valor do ICMS Desonerado: 7,84	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

Joinville, 16 de outubro de 2021.

Clebeo Fontana Cardoso de Souza Junior

USO INTERNO

1. FLANCOX 500MG ----- 01 CAIXA

TOMAR 01 COMPRIMIDO VIA ORAL DE 12 EM 12 HORAS POR 7 DIAS.

2. LISADOR ----- 01 CAIXA

TOMAR 01 COMPRIMIDO VIA ORAL DE 08 EM 08 HORAS POR 5 DIAS.

Dr. Reynaldo Lemos S. Neto
Médico
CRM/SC 25873

Dr. Reynaldo Lemos de Souza Neto (CRM 25873)

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Clebeo Fontana Cardoso de Souza Junior
Nº da Carteira: 13.3.2836
Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 27/01/2005

Nº da Guia: 4125

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/10/2021	20:30:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Mão Esquerda, 3º Dedo Mão Esquerda

Descrição
o aluno recebeu um chute no dedo da mão esquerda durante um jogo de futsal

Testemunha da ocorrência	Telefone
Preceptor Bruno	(47) 9123-5011

Quem prestou primeiros socorros	Data
Syendra	14/10/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
o aluno foi orientado a aplicar gelo e encaminhado ao medico

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

Ass.:

João Teodoro de Azevedo Júnior

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

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, 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

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Prontuário	1260436	Atendimento	7421799
Nome	Clebeo Fontana Cardoso de souza Junior		
CPF		Identidade	
Data Nascto	27/01/2005	Sexo	Masculino
Idade	16 anos e 8	Telefone	997730496
Endereço	Rodovia br 101 km 64 17400	Bairro	Corveta
Complemento		Crença	
Responsável	Syendra Rinaldi de Quadros Oliveira	CPF	04731002907
Endereço	Rodovia BR 101 km 64,17400,	Clínica	Cirúrgica
Internação	15/10/2021	Apto/Leito	1 -
Convênio	Escola Adventista	Cód.Usuário	1332836
Guia	4125	Senha	4125
Médico	Reynaldo Lemos de Souza Neto	CRM	25873
Funcionário	Felipe Quatrin		
Obs. Conv.:	Guia HDH na pasta da Laisy + Termo de AGR		

TERMO DE CONSENTIMENTO GERAL

- I. O paciente e/ou responsável declara estar ciente de que o Hospital não possui ingerência sobre a relação contratual ajustada entre o paciente e/ou responsável e a Operadora 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. No caso de ocorrerem atendimentos de emergência, fica o Hospital autorizado a realizar exames, proceder aquisição e implantação de próteses requisitadas pela equipe médica independentemente de qualquer autorização ou formalidade do paciente e/ou responsável neste sentido.
- IV. 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.
- V. 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.
- VI. O responsável declara assumir total e completa responsabilidade pelo paciente a partir de sua entrada no estabelecimento do Hospital, declarando assumir, juntamente com o paciente, a obrigação de pagamento de toda e qualquer despesa havida com o atendimento do paciente em sua internação, 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.
- VII. Os preços dos procedimentos médicos realizados pelo Hospital, em caráter particular, estão disponíveis na Tesouraria da instituição hospitalar, estando o paciente e/ou responsável ciente de que poderá consultá-las a qualquer tempo para verificar os preços vigentes nesta data.
- VIII. O paciente e/ou responsável declara ciência de que, ao escolher uma acomodação diferente daquela estabelecida pela Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde utilizada, haverá diferenças de diárias e taxas do paciente e acompanhante que serão pagas ao Hospital, utilizando como parâmetro a tabela de preços para clientes particulares. As diferenças de honorários médicos decorrentes da alteração no tipo de acomodação deverão ser negociadas entre médico e paciente.
- IX. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que o hospital poderá proceder com transferências internas que facilitem a sua organização e logística, sempre respeitando o tipo de acomodação contratada, não cabendo escolha quanto ao prédio no qual o paciente ficará acomodado.
- X. O paciente e/ou responsável declara ter ciência que, conforme disposição do artigo 33 da Lei nº 9.656/1998, havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, se este tiver disponível, sem ônus adicional.
- XI. 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 se receba a negativa da Operadora.
- XII. Tratando-se de internação particular, fica estabelecido que o Hospital emitirá e apresentará a conta parcial de serviço em 48 horas úteis, para que o paciente e/ou responsável tenha ciência de seu débito, bem como efetue o pagamento dos serviços utilizados.
- XIII. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que na hipótese de atraso no pagamento por culpa exclusiva do paciente e/ou responsável, será devida multa moratória equivalente a 2%, acrescidos de juros de 1% ao mês, tudo sobre o valor em atraso.
- XIV. O paciente e/ou responsável declara ter recebido o Manual de Orientação para pacientes e acompanhantes do Hospital, para consulta, comprometendo-se a cumpri-lo e a dar conhecimento aos seus familiares/visitantes.
- XV. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que o hospital não se responsabiliza por pertences dos pacientes e acompanhantes, exceto em casos emergenciais. Recomenda-se que pertences sejam entregues a familiares.
- XVI. Tendo o paciente recebido alta médica, deverá desocupar a acomodação em até 1(uma) hora, evitando a contabilização e cobrança de nova diária. O convênio médico se responsabiliza pela cobertura de seus associados de até 1h (uma hora) após a alta médica. Após tal período, as cobranças serão consideradas particulares a título de cobrança.
- XVII. 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.
- XVIII. O paciente e/ou responsável declara ter ciência de que quando não houver serviço disponível no hospital, este fará o encaminhamento ao serviço de referência com a anuência do paciente e/ou responsável.

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Prontuário	1260436	Atendimento	7421799		
Nome	Clebeo Fontana Cardoso de souza Junior				
CPF		Identidade		Crença	
Data Nascto	27/01/2005	Sexo	Masculino	Est. Civil	
Idade	16 anos e 8	Telefone	997730496	CEP	89.245-000
Endereço	Rodovia br 101 km 64 17400	Bairro	Corveta	Cidade	Araquari
Complemento					
Responsável	Syendra Rinaldi de Quadros Oliveira	CPF	04731002907	Telefone	997730496
Endereço	Rodovia BR 101 km 64,17400,	Clínica	Cirúrgica		
Internação	15/10/2021	Apto/Leito	1 -	Hora	12:15
Convênio	Escola Adventista	Cód.Usuário	1332836	Dt.Validade	15/10/2021
Guia	4125	Senha	4125		
Médico	Reynaldo Lemos de Souza Neto			CRM	25873
Funcionário	Felipe.Quatrin				
Obs. Conv.:	Guia HDH na pasta da Laisy + Termo de AGR				

XIX. Fica desde já autorizado o Hospital a providenciar a transferência do paciente e/ou responsável para um dos hospitais da rede pública de saúde, caso descumpridas as obrigações ora assumidas, transferência esta que somente será feita com autorização do médico assistente e desde que não haja qualquer risco ao quadro clínico do paciente e/ou responsável, ficando também o responsável incumbido de auxiliar o hospital na busca de vagas junto a outros estabelecimentos hospitalares.

XX. 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.

XXI. O paciente e/ou 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.

XXII. 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.

XXIII. 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.

XXIV. 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.

XXV. 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 03 (três) vias de igual teor, para um só efeito na presença das testemunhas abaixo:

Joinville, 15 de outubro de 2021

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA/CPF