

**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**

3239

Nome Aluno (a)

David Eduardo da Silva Ramírez

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 53,58	107484	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos

R\$ 53,58**Total Reembolso**

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

Araquari, 21 de março de 2022

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: David Eduardo da Silva Ramírez
Nº da Carteira: 13.3.3239
Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 29/11/2006

Nº da Guia: 5069

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/03/2022	18:03:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Antebraço Direito

Descrição

O aluno estava andando de skate na pista quando caiu sobre o braço e começou a sentir dores.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ricardo Bertazzo	(47) 3447-7461

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ricardo Bertazzo	01/03/2022

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

Observações

O aluno recebeu uma pomada para dores musculares contudo não melhorou.

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

Ass.: _____

João Teodoro de Azevedo Júnior

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 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

RECEBEMOS DE CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		VALOR NOTA R\$ 53,58	NF-e Nº: 000.107.484 SÉRIE : 1
DATA DE RECEBIMENTO / /	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE	

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 1 - Saída 1 Nº 000.107.484 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1	
		CHAVE DE ACESSO 4222 0384 6834 8101 0059 5500 1000 1074 8412 2220 6037
		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 342220041333268 - 01/03/2022 22:54:24
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ 84.683.481/0100-59

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME RAZÃO SOCIAL INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE		CNPJ/CPF 15.116.763/0004-12	DATA DA EMISSÃO 01/03/2022
ENDEREÇO ALAMEDA JULIA DA COSTA, 1447	BAIRRO DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730-070	DATA DE SAÍDA-ENTRADA 01/03/2022
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE/FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA 22:54:09

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 60,96
VALOR DO FRETE 0	VALOR DO SEGURO 0	DESCONTO 7,38	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 53,58		

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 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
732594	LISADOR DIP C/10 CPR 1000MG	30049069	0 41	5929	UN	1	19,10000000	19,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
731142	FLANCOX C/14 CPR REV 500MG [Vl. Desconto: R\$7,38]	30049079	0 41	5929	UN	1	41,86000000	41,86	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Nr. Fabricação do ECF: EP121810000000024370
COO: 108242
NFC-e nr. 4243512 Serie ECF Emitido em: 01/03/2022
MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156
Base de cálculo de ICMS = 53,58
Valor do ICMS = 9,11 Valor do ICMS Desonerado: 6,43

RESERVADO AO FISCO

Joinville, 1 de março de 2022.

David Eduardo da Silva Ramirez

USO INTERNO VIA ORAL:

1. LISADOR DIP ----- 1 CAIXA
TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS SE DOR.
2. FLANCOX 500 MG ----- 1 CAIXA
TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 12 HORAS POR 5 DIAS.

MANTER TALA.

AGENDAR RETORNO AMBULATORIAL COM EQUIPE DE ORTOPEDIA DO HOSPITAL DONA HELENA.

ESPECIALISTA DO OMBRO E COTOVELO: DR JAN **07/03.**

LOCAL:

HOSPITAL DONA HELENA
CDO – CENTRO DE DIAGNOSTICO ORTOPÉDICO (10º ANDAR)
RUA BLUMENAU, 123 - CENTRO - JOINVILLE – SC

CONTATO:

TELEFONE: (47) 3451-3322 / 3451-3321
SITE www.hospitaldonahelena.com.br/agendaonline

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

Dr. Jan Tamanini
Ortopedia e Traumatologia
CRM/SC 20947 - RQE 17197 - TEOT 16563

Dr. Jan Gabriel Tamanini (CRM 20947)

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1268904	Atendimento	7547479	ID	
Nome	David Eduardo da Silva Ramirez			Paciente:	1674535
CPF	14707745938	Identidade	8291959	Religião	
Data Nascto	29/11/2006	Sexo	Masculino	Est. Civil	Solteiro
Idade	15 anos e 3	Celular	999749776	CEP	89.245-000
Endereço	Rodovia BR-101, Km 64 17400	Bairro	Itinga	Cidade	Araquari
Responsável	Deise Maria Barbosa Nobre de	CPF	00820710474	Telefone	999749776
Endereço	Br 101 Km 64, 17400, Corveta, Casa	Clínica	Emergência Ortopédica		
Data	01/03/2022			Hora	21:40
Convênio	Escola Adventista	Cód.Usuário	1333239	Dt.Validade	01/03/2022
Guia	5069	Senha			
Funcionário	Lucilene Sarda				
Obs. Conv.:	copia doc + 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 reciba 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, 1 de março de 2022

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF