

 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)			
4083	Diogo Altair Motta			
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador	Descrição	
R\$ 69,29	119040	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos	
R\$ 69,29	Total Reembolso			

IAESC
 Dpto. Pessoal
 João Teodoro de Azevedo Júnior
 CPF: 054.954.129-38
 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: Diogo Altair Motta

Nº da Carteira: 13.3.4083

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 31/10/2006

Nº da Guia: 10974

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/04/2023	21:01:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição

O ALUNO ESTAVA JOGANDO FUTEBOL E TORCEU O JOELHO, ESTANDO COM DORES DESDE ENTÃO.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ricardo Bertazzo	(47) 99773-0261

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ricardo Bertazzo	26/04/2023

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 JOGANDO FUTEBOL E TORCEU O JOELHO, ESTANDO COM DORES DESDE ENTÃO.

16.726.884/0044-68

Instituição Adventista
Sul Brasileira de Educação

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

Ass.:

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

Geazi Gomes de Oliveira

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 CENTRO JOINVILLE SC CEP: 89204250 TELEFONE: 4734331518		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 1 - Saída 1 Nº 000.119.040 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1		 CHAVE DE ACESSO 4223 0484 6834 8101 0059 5500 1000 1190 4012 3115 4046 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 342230091216740 - 26/04/2023 11:26:02	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601		INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA		CNPJ 84.683.481/0100-59	

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA			CNPJ/CPF 15.116.763/0004-12		DATA DA EMISSÃO 26/04/2023	
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447			BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO		CEP 80730-070	
MUNICÍPIO CURITIBA			FONE/FAX		UF PR	
			INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DE SAÍDA 11:26:00	

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 115,71	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 46,42	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 69,29			

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	
1000010017	LISADOR DIP C/10 CPR 1000MG [L:B22L1998 Qt:1]	30049069	0 41	5929	UN	1	22,87000000	22,87	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000009283	FLANCOX C/14 CPR REV 500MG [L:SL255711 Qt:1]	30049079	0 41	5929	UN	1	46,42000000	46,42	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000009283	FLANCOX C/14 CPR REV 500MG [L:22060251 Qt:1] [Vl. Desconto: R\$46,42]	30049079	0 41	5929	UN	1	46,42000000	46,42	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricação do ECF: EP121810000000024370 COO: 224894 NFC-e nr. 4423159 Serie ECF Emitido em: 26/04/2023 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de cálculo de ICMS = 69,29 Valor do ICMS = 11,78 Valor do ICMS Desonerado: 8,32	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

Joinville, 26 de abril de 2023.

Diogo Altair Motta

USO ORAL

1- LISADORDIP _____ 1 CX
1CPP VO 6/6H SE DOR

2 FLANCOX 500mg _____ 1 CX
1 CP 12/12H 4 DIAS

AGENDAR CONSULTA EM AMBULATORIO DE CIRURGIA DO JOELHO DR VITOR COROTTI OU COM DR FELIPE NEVES

POR WHATSAPP: (47) 3451-3333

POR TELEFONE: (47) 3451-3322 / 34513321

PELO SITE: www.hospitaldonahelena.com.br/agendaonline

LOCAL

HOSPITAL DONA HELENA (PREDIO NOVO 10º ANDAR)
CDO- CENTRO DE DIAGNOSTICO ORTOPEDICO
RUA BLUMENAU, 123 CENTRO JOINVILLE

• Augusto Cesar Lopes
Ortopedia & Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM 27362 RQE 21849 TEOT 18883

Dr. Augusto Cesar Lopes (CRM 27362)

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1301455
Nome Diogo Altair Motta
Mãe Vanusa Lima da Silva
Data Nascto 31/10/2006
Idade 16 anos e 5
Data 26/04/2023
Convênio Escola Adventista

Atendimento 8184815
Sexo Masculino
Clínica Emergência Ortopédica
Cód.Usuário 1334083
Senha
Hora 09:55
Obs. Conv.: Pendente de copia do doc + autorizacao em anexo

ID Paciente: 1713796
Guia 10974
Funcionário Janaina.L
Dt.Validade 26/04/2023
Responsável Agamenon Oliveira

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 identifique 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, 26 de abril de 2023

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF