

**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**

1973

Nome Aluno (a)

Eriky Ullirsch Duarte da Silveira

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 30,10	111626	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos
R\$ 30,10	Total Reembolso		

IAESC
Dpto. Pessoal
João Teodoro de Azevedo Júnior
CPE: 054301.029-38

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, 17 de Agosto de 2022

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Eriky Ullirsch Duarte da Silveira

Nº da Carteira: 13.3.1973

Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 21/02/2005

Nº da Guia: 7226



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/08/2022	10:35:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Joelho Esquerdo

Descrição

O aluno disse estar na aula de educação ontem 11/08 quando em dividida de bola com o colega sentiu o joelho E. Realizado Gelo no local e pomada de arnica.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Syendra	12/08/2022

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

Observações

O aluno disse estar na aula de educação ontem 11/08 quando em dividida de bola com o colega sentiu o joelho E. Realizado Gelo no local e pomada de arnica. Pais cientes pela equipe de preceptoria

Ass.:

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

Syendra Rinaldi Oliveira

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

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 TEL/FAX: 4734331518 CEP: 89204250		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 - Saída 1 Nº 000.111.626 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1		 CHAVE DE ACESSO 4222 0884 6834 8101 0059 5500 1000 1116 2612 2154 6081	
NATUREZA DA OPERAÇÃO LANC. REGISTRADO EM EQUIP. CUPOM FISCAL		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 342220165454092 - 12/08/2022 15:42:58			
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601		INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA		CNPJ 84.683.481/0100-59	

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME RAZÃO SOCIAL INST ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE				CNPJ/CPF 15.116.763/0004-12		DATA DA EMISSÃO 12/08/2022	
ENDEREÇO ALAMEDA JULIA DA COSTA, 1447				BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO		CEP 80730-070	
MUNICÍPIO CURITIBA				FONE/FAX (41) 3240-2942		UF PR	
				INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DE SAÍDA 15:42:55	

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 53,48	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 23,38	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 30,10			

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL				FRETE POR CONTA 9-Sem Frete		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍC		UF		CNPJ/CPF	
ENDEREÇO								MUNICÍPIO				UF	
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	
1000003351	NIMESULIDA EURO C/12 CPR 100MG [L:783628 Qt:1] [Vl. Desconto: R\$13,71]	30049079	0 41	5929	UN	1	31,91000000	31,91	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000022595	DIPIRONA EMS C/10 CPR 1GR GEN [L:2S1687 Qt:1] [Vl. Desconto: R\$9,67]	30049069	0 41	5929	UN	1	21,57000000	21,57	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricacao do ECF: EP121810000000024370 COO: 160465 NFC-e nr. 4317317 Serie ECF Emitido em: 12/08/2022 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 30,10 Valor do ICMS = 5,12 Valor do ICMS Desonerado: 3,61	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

Joinville, 12 de agosto de 2022.

Eriky Ullirsch Duarte da Silveira

USO ORAL:

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

2. NIMESULIDA 100MG-----1 CAIXA
TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 12 HORAS 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 1511

Dr. Felipe Neves Campos (CRM 20308)

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

<table border="0"> <tr><td>Prontuário</td><td>1271558</td></tr> <tr><td>Nome</td><td>Eriky Ullirsch Duarte da Silveira</td></tr> <tr><td>Mãe</td><td>Eolita Ullirsch</td></tr> <tr><td>Data Nascto</td><td>21/02/2005</td></tr> <tr><td>Idade</td><td>17 anos e 5</td></tr> <tr><td>Data</td><td>12/08/2022</td></tr> <tr><td>Convênio</td><td>Escola Adventista</td></tr> </table>	Prontuário	1271558	Nome	Eriky Ullirsch Duarte da Silveira	Mãe	Eolita Ullirsch	Data Nascto	21/02/2005	Idade	17 anos e 5	Data	12/08/2022	Convênio	Escola Adventista	<table border="0"> <tr><td>Atendimento</td><td>7756734</td></tr> <tr><td>Sexo</td><td>Masculino</td></tr> <tr><td>Clínica</td><td>Emergência Ortopédica</td></tr> <tr><td>Cód.Usuário</td><td>1331973</td></tr> <tr><td>Senha</td><td></td></tr> <tr><td>Hora</td><td>11:21</td></tr> <tr><td>Obs. Conv.:</td><td>Autorização em anexo</td></tr> </table>	Atendimento	7756734	Sexo	Masculino	Clínica	Emergência Ortopédica	Cód.Usuário	1331973	Senha		Hora	11:21	Obs. Conv.:	Autorização em anexo	<table border="0"> <tr><td>ID</td><td></td></tr> <tr><td>Paciente:</td><td>1677887</td></tr> <tr><td>Guia</td><td>7226</td></tr> <tr><td>Funcionário</td><td>Caroline.Santos</td></tr> <tr><td>Dt.Validade</td><td>12/08/2022</td></tr> <tr><td>Responsável</td><td>Isac Cesar Fernandes</td></tr> </table>	ID		Paciente:	1677887	Guia	7226	Funcionário	Caroline.Santos	Dt.Validade	12/08/2022	Responsável	Isac Cesar Fernandes
Prontuário	1271558																																									
Nome	Eriky Ullirsch Duarte da Silveira																																									
Mãe	Eolita Ullirsch																																									
Data Nascto	21/02/2005																																									
Idade	17 anos e 5																																									
Data	12/08/2022																																									
Convênio	Escola Adventista																																									
Atendimento	7756734																																									
Sexo	Masculino																																									
Clínica	Emergência Ortopédica																																									
Cód.Usuário	1331973																																									
Senha																																										
Hora	11:21																																									
Obs. Conv.:	Autorização em anexo																																									
ID																																										
Paciente:	1677887																																									
Guia	7226																																									
Funcionário	Caroline.Santos																																									
Dt.Validade	12/08/2022																																									
Responsável	Isac Cesar Fernandes																																									

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, 12 de agosto de 2022

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF