

**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)****2613****Evellyn Ruiz Redez****Descrição dos Gastos**

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 36,95	88520	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos

R\$ 36,95**Total Reembolso****IAESC****Dpto. Pessoal****João Teodoro de Azevedo Júnior****CPF: 054.904.029-38****RH - IAESC****Tesouraria****Araquari, 05 de Outubro de 2021****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**

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 000.088.520 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1		 CHAVE DE ACESSO 4221 1084 6834 8101 5956 5500 1000 0885 2012 1112 4108 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 342210184370041 - 01/10/2021 11:06:03	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 255965770		INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA		CNPJ 84.683.481/0159-56	

DESTINATÁRIO/REMETENTE				CNPJ/CPF 15.116.763/0004-12		DATA DA EMISSÃO 01/10/2021	
NOME/RAZÃO SOCIAL CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA				BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO		CEP 80730-070	
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447				MUNICÍPIO CURITIBA		UF PR	
MUNICÍPIO CURITIBA				FONE/FAX		INSCRIÇÃO ESTADUAL 11:05:37	

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 41,86	
VALOR DO FRETE 0	VALOR DO SEGURO 0	DESCONTO 4,91	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 36,95			

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS				FRETE POR CONTA 9-Sem Frete		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍC		UF		CNPJ/CPF	
RAZÃO SOCIAL				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	
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

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricação do ECF: EP121810000000018744 COO: 70164 NFC-e nr. 1634988 Serie ECF Emitido em: 01/10/2021 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 36.95 Valor do ICMS = 6.28 Valor do ICMS Desonerado: 4,43	RESERVADO AO FISCO

Joinville, 30 de setembro de 2021.

Evellyn Ruiz Redez

USO INTERNO VIA ORAL:

1. FLANCOX 500 MG ----- 1 CAIXA
TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 12 HORAS POR 5 DIAS.

SOLICITO:

1. ÓRTESE ROBOFOOT ----- 1 UNIDADE
UTILIZAR DURANTE 2 SEMANAS PARA CAMINHAR.

FAZER COMPRESSA DE GELO 3 VEZES AO DIA.

AGENDAR RETORNO COM DR. CASSIO.

- LOCAL: CDO (10º ANDAR CENTRO CLÍNICO DONA HELENA).
- FONE: 3451-3322 // 34513321.

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

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

Dr. Jan Gabriel Tamanini (CRM 20947)

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Evellyn Ruiz Redez

Nº da Carteirinha: 13.3.2613

Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 03/11/2003

Nº da Guia: 4004

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/09/2021	19:56:00	Dormitório (Ex.: residencial)	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo

Descrição
a aluna estava descendo as escadas em direção ao refeitório. quando se desequilibrou e caiu torcendo o pé e tornozelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Erenice	4791235011
jackeline luz	4791235011

Quem prestou primeiros socorros	Data
Erenice	30/09/2021

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

Observações
a aluna estava descendo as escadas em direção ao refeitório. quando se desequilibrou e caiu torcendo o pé e tornozelo. realizado gelo e arnica. mãe ciente.

Ass.: 
IAESC
Dpto. Pessoal
João Teodoro de Azevedo Júnior
CPE: 054.904.029-38
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 ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1259465	Atendimento	7407533	ID	
Nome	Evellyn Ruiz Redez			Paciente:	1662832
CPF	08360252106	Identidade		Religião	
Data Nascto	03/11/2003	Sexo	Feminino	Est. Civil	
Idade	17 anos e	Celular	997730496	CEP	89.245-000
Endereço	Rodovia BR 101 Km 64 17400	Bairro	Corveta	Cidade	Araquari
Responsável	Syendra Rinaldi de Quadros Oliveira	CPF	04731002907	Telefone	997730496
Endereço	Rodovia BR 101 km 64,17400,	Clínica	Emergência Ortopédica		
Data	30/09/2021			Hora	21:03
Convênio	Escola Adventista	Cód.Usuário	1332613	Dt.Validade	30/09/2021
Guia	4004	Senha			
Funcionário	Lucilene Sarda				
Obs. Conv.:	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 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, 30 de setembro de 2021

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF