

 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)			
2735	Felipe Specort da Costa			
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador	Descrição	
R\$ 66,08	112879	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos	
R\$ 66,08	Total Reembolso			

IAESC
Dpto. Pessoal
João Teodoro de Azevedo Júnior
CPF: 054.804.029-38

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, 28 de setembro de 2022

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Felipe Specort da Costa

Nº da Carteira: 13.3.2735

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 02/02/2006

Nº da Guia: 7467.003



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
28/09/2022	10:07:55	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

O aluno em aula de Educação Física no dia 12/08/2022 estava jogando futebol, quando em dividida de bola com o goleiro teve uma torção no joelho e caiu. Foi direcionado ao residencial pelos colegas e professor. Atendido pelo Preceptor Geazi, realizado gelo no local e recomendado repouso. O pai do aluno veio até a escola no dia seguinte para leva-lo para casa a passeio. O pai preocupado com a dor o levou até o pronto atendimento de Balneário Camboriú, realizado raio x onde não foi detectado nada. O médico deste atendimento receitou o medicamento para alívio da dor, o médico orientou caso não houvesse melhora a necessidade da realização de uma Ressonância Magnética. O aluno ainda relata dor, dificuldade de mobilidade encaminhado para avaliação médica.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Malton Cremonezi	(47) 3447-7400
Geazi Oliveira	(44) 9907-4682

Quem prestou primeiros socorros	Data
Syendra Oliveira	24/08/2022

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

Motivo do Retorno

Aluno aguardando procedimento cirúrgico. Porém descumpriu ordens médicas de afastamento de atividades esportivas, jogando vôlei no pátio do escolar, nova torção no joelho E. Aluno encaminhado ao pronto atendimento para avaliação médica. Pais cientes pela equipe de preceptoria.

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

76.726.884/0044-68

Instituição Adventista
Sul Brasileira de Educação

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:

Ass.:

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

Syendra Rinaldi Oliveira
Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.110.705/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS RUA BLUMENAU, 138  catarinense CENTRO JOINVILLE SC TEL/FAX: 4734331518 CEP: 89204250		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 - Saída 1 Nº 000.112.879 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1		 CHAVE DE ACESSO 4222 0984 6834 8101 0059 5500 1000 1128 7912 2125 9093 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 342220200873821 - 28/09/2022 12:47:16			
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601		INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA		CNPJ 84.683.481/0100-59	

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL				CNPJ/CPF		DATA DA EMISSÃO	
INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE				15.116.763/0004-12		28/09/2022	
ENDEREÇO			BAIRRO/DISTRITO		CEP		DATA DE SAÍDA ENTRADA
ALAMEDA JULIA DA COSTA, 1447			BIGORRILHO		80730-070		28/09/2022
MUNICÍPIO			FONE/FAX		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
CURITIBA			(41) 3240-2942		PR		12:47:13

FATURA

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		66,08
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS		VALOR TOTAL DA NOTA	
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		66,08	

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL			FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ/CPF
			9-Sem Frete						
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	
1000009283	FLANCOX C/14 CPR REV 500MG [L:22040129 Qt:1]	30049079	0 41	5929	UN	1	46,42000000	46,42	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000000191	LISADOR C/8 CPR 5+10+500MG [L:B22C3264 Qt:1]	30049099	0 41	5929	UN	1	19,66000000	19,66	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricacao do ECF: EP121810000000025028 COO: 354876 NFC-e nr. 4335234 Serie ECF Emitido em: 28/09/2022 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 66.08 Valor do ICMS = 11.23 Valor do ICMS Desonerado: 7,93	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

Joinville, 28 de setembro de 2022.

Felipe Specort da Costa

Flancox 500 mg ----- (1 caixa)

Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas POR 5 DIAS

Lisador Dipirona+Prometazina+Adifenina ----- (1 caixa)

Tomar 1 comprimido 8/8 horas SE DOR

ORIENTAÇÃO DE ALTA

✕ COMPRESSA DE GELO 20 MIN

✕ MOBILIZAÇÃO DO JOELHO LIVRE

✕ APOIO COM 2 MULETAS COM CARGA PROGRESSIVA

✕ QUANDO DEITADO DEIXAR O MEMBRO INFERIOR ELEVADO

LIGAR MARCANDO O RETORNO PARA AVALIAÇÃO COM DR VITOR COROTTI

PARA MARCAR CONSULTA

POR WHATSAPP: (47) 3451-3333

POR TELEFONE: (47) 3451-3322 / 3451-3321

PELO SITE www.hospitaldonahelena.com.br/agendaonline

LOCAL

HOSPITAL DONA HELENA (PRÉDIO NOVO 10º ANDAR)

CDO – CENTRO DE DIAGNOSTICO ORTOPÉDICO

RUA BLUMENAU, 123 - CENTRO - JOINVILLE – SC

Dr. Vitor Corotti
Ortopedia e Traumatologia
Especialista Joelho / Esporte
CRM/PR 30290 / CRM/SC 24492
TEOT: 14818 / FQE: 15170
Tel: 47 99616-1220 / 41 99872-6120

Dr. Vitor Gustavo de Paiva Corotti (CRM 24492)

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1281601
Nome Felipe Specort da Costa
Mãe Celita Isidoro Specort
Data Nascto 02/02/2006
Idade 16 anos e 7
Data 28/09/2022
Convênio Escola Adventista

Atendimento 7829101
Sexo Masculino
Clínica Emergência Ortopédica
Cód.Usuário 1332735
Senha
Hora 11:30
Obs. Conv.: Guia em anexo

ID 
Paciente: 1690620
Guia 7467003
Funcionário Juliana.R
Dt.Validade 31/12/2022
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, 28 de setembro de 2022