



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

3104

Nome Aluno (a)

Fernanda dos Santos

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 87,03	112347	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos

R\$ 87,03

Total Reembolso

IAESC

Dpto. Pessoal

João Teodoro de Aguiar Júnior

CPE: 054.504.029-38

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, 08 de agosto de 2022

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Fernanda dos Santos

Nº da Carteira: 13.3.3104

Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 29/08/2005

Nº da Guia: 7713



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/09/2022	15:35:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	2º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A aluna estava jogando basquete, no momento recreativo, quando bateu com a bola no dedo indicador da mão E. Realizado gelo no local, imobilizado e passado "doutorzinho". O dedo ainda permanece inchado e dolorido. Aluna encaminhada para atendimento médico e avaliação.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Grazielly Oliveira	(47) 3447-7480
Syendra Oliveira	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Syendra	06/09/2022

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

Observações

A aluna estava jogando basquete, no momento recreativo, quando bateu com a bola no dedo indicador da mão E. Realizado gelo no local, imobilizado e passado "doutorzinho". O dedo ainda permanece inchado e dolorido. Aluna encaminhada para atendimento médico e avaliação. Pais cientes avisados pela equipe de preceptoria.

Ass.:

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

Syendra Rinaldi Oliveira

176.726.884/0014-68

Instituição Adventista
Sul Brasileira de Educação

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

<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 000.112.347 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 4222 0984 6834 8101 0059 5500 1000 1123 4712 2112 9091 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 342220183929539 - 06/09/2022 11:54:17
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 06/09/2022
ENDEREÇO ALAMENDA JULIA DA COSTA, 1447, 1447	BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730-070	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 06/09/2022
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE/FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL 11:54:13

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		115,38	
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	28,35	0,00	0,00	0,00	87,03			

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEIC	UF	CNPJ/CPF
		9-Sem Frete				
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 UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
1000908135	PARACETAMOL+CODEINA EURO C/24 CPR 500+30MG GEN [L:796155 Qt:1] [Vl. Desconto: R\$11.89] (C1)	30049045	0 41	5929	UN	1	47,57000000	47,57	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000022595	DIPIRONA EMS C/10 CPR 1GR GEN [L:2X6998 Qt:1] [Vl. Desconto: R\$7.67]	30049069	0 41	5929	UN	1	21,57000000	21,57	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000002317	TORAGESIC C/10 CPR SL 10MG [L:2T7692 Qt:1] [Vl. Desconto: R\$8.79]	30049062	0 41	5929	UN	1	46,24000000	46,24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricação do ECF: EP121810000000025028 COO: 348417 NFC-e nr. 4326912 Serie ECF Emitido em: 06/09/2022 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de cálculo de ICMS = 87,03 Valor do ICMS = 14,80 Valor do ICMS Desonerado: 10,44	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Guilherme Augusto Stirma (CRM 27722)

Blumenau, 123,
Fone: (47) 3451.3333
Joinville - SC

2º VIA PACIENTE

Dr. Bráulio Cesar da Rocha Barbosa
Diretor Técnico Médico
CRM - SC 3379

Agende suas consultas e exames online através do
www.donahelena.com.br/agendaonline

Paciente: **Fernanda dos Santos**
Endereço: **Rua BR 101, 17400 Corveta Araquari SC**
Data receita:
Prescrição:

Joinville, 06 de setembro de 2022

TORAGESIC 10MG
TORAGESIC 10MG (1 CAIXA)
TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 8/8 HORAS SUBLINGUAL

NOVALGINA
DIPIRONA 1G..... (1 CAIXA)
TOMAR 1 COMPRIMIDO 6/6 HORAS

AGUD(24 COMPRIMIDOS)
PARACETAMOL + CODEÍNA (500MG + 30MG)
TOMAR 1 COMPRIMIDO 8/8 HORAS SE DOR FORTE

RETORNO AO PS SE NECESSÁRIO, CASO SINTOMAS DE AGRAVO

Dr. Guilherme A. Stirma
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SC: 27722 TEOT: 46453

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome:	
Iden.:	Órg. Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Telefone:	Data: ____/____/____
	Assinatura do Farmacêutico

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1282514	Atendimento	7795252	ID	
Nome	Fernanda dos Santos	Sexo	Feminino	Paciente:	1691785
Mãe	Rosaria Berger	Clínica	Emergência Clínica	Guia	7795252
Data Nascto	29/08/2005	Cód.Usuário	1333104	Funcionário	Larissa.L
Idade	17 anos	Senha		Dt.Validade	31/12/2022
Data	06/09/2022	Hora	10:52	Responsável	Tatiane Grazielle Salvador
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	Guia 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, 6 de setembro de 2022