

 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)			
3089	Gabriel Souza de Oliveira			
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador	Descrição	
R\$ 142,65	114108	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos	
R\$ 142,65	Total Reembolso			

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

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, 14 de Novembro de 2022

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriel Souza de Oliveira

Nº da Carteira: 13.3.3089

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 13/06/2006

Nº da Guia: 8810



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/10/2022	15:00:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com bola	Mão Direita, 2º Dedo Mão Direita

Descrição

O aluno durante a aula de educação física, teve um choque com o dedo do indicador direito com a bola de handebol, o que gerou um inchaço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Malton	(47) 99773-0434

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

O aluno foi atendido com gelo e encaminhado ao médico.

Ass.:

IAESC
Doto, Pessoal
João Teodoro de Azevedo Júnior
CRE: 054.004.029-38

Geazi Gomes de 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 1 - Saída 1 Nº 000.114.108 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1		 CHAVE DE ACESSO 4222 1184 6834 8101 0059 5500 1000 1141 0812 2111 9111 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 342220227509826 - 01/11/2022 11:55:31	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601		INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA		CNPJ 84.683.481/0100-59	

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL INTUICAO ADVENT SUL BRASILEIRA DE SAUD				CNPJ/CPF 15.116.763/0004-12		DATA DA EMISSÃO 01/11/2022	
ENDEREÇO ALAMEDA JULIA DA COSTA, 1447				BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO		CEP 80730-070	
MUNICÍPIO CURITIBA				FONE/FAX (41) 99612-0824		UF PR	
				INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DE SAÍDA 11:55:23	

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		158,74	
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	16,09	0,00	0,00	0,00	142,65			

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	
1000022595	DIPIRONA EMS C/10 CPR 1GR GEN [L:3A1752 Qt:1] [VI. 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
1000012633001	STREPSILS C/16 PAST 8,75MG MEL/LIMAO [L:MT819 Qt:1]	30049029	0 41	5929	UN	1	23,59000000	23,59	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000002317	TORAGESIC C/10 CPR SL 10MG [L:3A0941 Qt:1] [VI. Desconto: R\$8,42]	30049062	0 41	5929	UN	1	46,24000000	46,24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000002232	DEXCLORFENIRAMINA EMS 120ML SOL 2MG/5ML GEN [L:2X4436 Qt:1]	30049099	0 41	5929	UN	1	19,77000000	19,77	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000008135	PARACETAMOL+CODEINA EURO C/24 CPR 500+30MG GEN [L:804875 Qt:1] (C1)	30049045	0 41	5929	UN	1	47,57000000	47,57	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricação do ECF: EP122010000000034707 COO: 116335 NFC-e nr. 4347885 Serie ECF Emitido em: 01/11/2022 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 142,65 Valor do ICMS = 24.25 Valor do ICMS Desonerado: 17,12	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: **Gabriel Souza de Oliveira**

Joinville, 01 de novembro de 2022

Endereço: **Rodovia SC - Br 101 Km 64 Corveta Araquari SC**

Data receita:

Prescrição:

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 27722-1-011 10453

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

Joinville, 1 de novembro de 2022.

Gabriel Souza de Oliveira

USO ORAL:

1 - DIPIRONA 1g (LISADOR DIP) ----- 1 CX

TOMAR 01 CP DE 6/6H SE DOR OU FEBRE.

2 - FLURBIPROFENO PASTILHA (STREPSILS) ----- 1 CX

USAR 1 PASTILHA VIA ORAL ATÉ 4x AO DIA SE DOR DE GARGANTA.

3 - DEXCLORFENIRAMINA 0,4MG/ML ----- 1 FR

TOMAR 10 ML DE 12/12H SE TOSSE, CORIZA OU ALERGIA.

Dr. Matheus Hendel

Médico

CRM/SC 26734

Dr. Matheus Hendel (CRM 26734)

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1274858	Atendimento	7883261	ID	
Nome	Gabriel Souza de Oliveira	Sexo	Masculino	Paciente:	1682023
Mãe	Noeli Lara Souza de Oliveira	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	8810
Data Nascto	13/06/2006	Cód.Usuário	1333089	Funcionário	Francine.Olivet
Idade	16 anos e 4	Senha		Dt.Validade	30/12/2022
Data	01/11/2022	Hora	09:47	Responsável	Isac Cesar Fernandes
Convênio	Escola Adventista	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, 1 de novembro de 2022

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF