

**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\$ 181,34 | 109795 | Cia Latino Americana de Medicamentos | Medicamentos |

**R\$ 181,34****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, 08 de Junho de 2022**

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Gabriel Souza de Oliveira

**Nº da Carteira:** 13.3.3089

**Instituição:** Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

**Data de Nascimento:** 13/06/2006

**Nº da Guia:** 6316



| Data da Ocorrência | Horário  | Local      | Atividade                          |
|--------------------|----------|------------|------------------------------------|
| 24/05/2022         | 11:15:00 | no asfalto | Atividades esportivas fora de aula |

| O que aconteceu      | Partes do corpo |
|----------------------|-----------------|
| Queda de mesmo nível | Costas          |

### Descrição

O aluno estava em disputa de corrida de 100m, durante o evento de olimpíadas da escola. O mesmo caiu ao finalizando o percurso. Feito Gelol e dourzinho no local. Local dolorido e com escoriações. Aluno encaminhado ao pronto Atendimento do hospital.

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

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Syendra                         | 24/05/2022 |

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

### Observações

O aluno estava em disputa de corrida de 100m, durante o evento de olimpíadas da escola. O mesmo caiu ao finalizando o percurso. Feito Gelol e dourzinho no local. Local dolorido e com escoriações. Aluno encaminhado ao pronto Atendimento do hospital. Pais cientes.

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

Ass.:

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

João Teodoro de Azevedo Júnior

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

|                                                                                                                                                                |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CIA LATINO AMERICANA DE<br/>MEDICAMENTOS</b><br><br><br><b>catarinense</b> | <b>RUA BLUMENAU, 138</b><br><br><b>CENTRO<br/>JOINVILLE<br/>SC</b><br><b>TEL/FAX: 4734331518</b><br><b>CEP: 89204250</b> | <b>DANFE<br/>DOCUMENTO AUXILIAR<br/>DA NOTA FISCAL<br/>ELETRÔNICA</b><br><b>0 - Entrada 1</b><br><b>Nº 000.109.795</b><br><b>SÉRIE: 1</b><br><b>FOLHA: 1 de 1</b> | <br><b>CHAVE DE ACESSO</b><br><b>4222 0584 6834 8101 0059 5500 1097 9512 2110 5055</b><br><br>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e<br><a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a><br>ou no site da Sefaz Autorizadora |
| <b>NATUREZA DA OPERAÇÃO</b><br><b>LANC. REGISTRADO EM EQUIP. CUPOM FISCAL</b>                                                                                  |                                                                                                                          | <b>PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO</b><br><b>342220107558066 - 30/05/2022 11:22:37</b>                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>INSCRIÇÃO ESTADUAL</b><br><b>254357601</b>                                                                                                                  |                                                                                                                          | <b>INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA</b>                                                                                                                         | <b>CNPJ</b><br><b>84.683.481/0100-59</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

|                                                                   |  |                                              |                                             |
|-------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>NOME/RAZÃO SOCIAL</b><br><b>CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA</b> |  | <b>CNPJ/CPF</b><br><b>15.116.763/0004-12</b> | <b>DATA DA EMISSÃO</b><br><b>30/05/2022</b> |
| <b>ENDEREÇO</b><br><b>JULIA DA COSTA, 1447</b>                    |  | <b>BAIRRO/DISTRITO</b><br><b>BIGORRILHO</b>  | <b>CEP</b><br><b>80730-070</b>              |
| <b>MUNICÍPIO</b><br><b>CURITIBA</b>                               |  | <b>FONE/FAX</b>                              | <b>UF</b><br><b>PR</b>                      |
|                                                                   |  | <b>INSCRIÇÃO ESTADUAL</b>                    | <b>HORA DE SAÍDA</b><br><b>11:22:23</b>     |

**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                       | 197,92                   |
| VALOR DO FRETE            | VALOR DO SEGURO | DESCONTO                | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR DO IPI             |
| 0,00                      | 0,00            | 16,58                   | 0,00                       | 0,00                     |
| VALOR APROX. DOS TRIBUTOS |                 |                         |                            | VALOR TOTAL DA NOTA      |
| 0,00                      |                 |                         |                            | 181,34                   |

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

|                     |                |                                              |                    |                      |                     |                           |
|---------------------|----------------|----------------------------------------------|--------------------|----------------------|---------------------|---------------------------|
| <b>RAZÃO SOCIAL</b> |                | <b>FRETE POR CONTA</b><br><b>9-Sem Frete</b> | <b>CÓDIGO ANTT</b> | <b>PLACA DO VEÍC</b> | <b>UF</b>           | <b>CNPJ/CPF</b>           |
| <b>ENDEREÇO</b>     |                |                                              | <b>MUNICÍPIO</b>   |                      | <b>UF</b>           | <b>INSCRIÇÃO ESTADUAL</b> |
| <b>QUANTIDADE</b>   | <b>ESPÉCIE</b> | <b>MARCA</b>                                 | <b>NUMERAÇÃO</b>   | <b>PESO BRUTO</b>    | <b>PESO LÍQUIDO</b> |                           |

**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  |                           |
| 737961     | BEXAI C/20 CAPS 35MG<br>[Vl. Desconto: R\$1,25]                                                       | 30049039 | 0 41 | 5929 | UN    | 1      | 124,70000000   | 124,70      | 0,00         | 0,00       | 0,00      | 0,00      | 0,00 | 0,00                      |
| 706452     | NOVALGINA C/10 CPR 1000MG<br>[Vl. Desconto: R\$3,44]                                                  | 30049069 | 0 41 | 5929 | UN    | 1      | 25,65000000    | 25,65       | 0,00         | 0,00       | 0,00      | 0,00      | 0,00 | 0,00                      |
| 728375     | PARACETAMOL+CODEINA EURO<br>C/24 CPR 500+30MG GEN<br>[L:770460 Qt:1] [Vl. Desconto: R\$11,89]<br>(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**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</b><br>Nr. Fabricacao do ECF: EP121810000000025028<br>COO: 316320<br>NFC-e nr. 4284225 Serie ECF Emitido em: 30/05/2022<br>MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156<br>Base de calculo de ICMS = 181,34<br>Valor do ICMS = 30.83 Valor do ICMS Desonerado: 21,76 | <b>RESERVADO AO FISCO</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|

453830

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Guilherme Augusto Stirma (CRM 27722)**

Blumenau, 123,  
Fone: (47) 3451.3383  
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](http://www.donahelena.com.br/agendaonline)

Paciente: **Gabriel Souza de Oliveira**  
Endereço: **Rodovia SC - Br 101 Km 64 Corveta Araquari SC**  
Data receita:  
Prescrição:

Joinville, 24 de maio de 2022

**BEXAI 35MG**  
**BEXAI 35MG ..... (1 CAIXA)**  
**TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 8/8 HORAS POR 5 DIAS**

**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. ....-EST. 16493**

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:  
Iden.:  
End.:  
Cidade:  
Telefone:

Órg. Emissor:

UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

|             |                                      |             |                       |             |                                                                                     |
|-------------|--------------------------------------|-------------|-----------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Prontuário  | 1274858                              | Atendimento | 7642109               | ID          |  |
| Nome        | Gabriel Souza de Oliveira            |             |                       | Paciente:   | 1682023                                                                             |
| CPF         | 11945323906                          | Identidade  | 7594081               | Religião    |                                                                                     |
| Data Nascto | 13/06/2006                           | Sexo        | Masculino             | Est. Civil  |                                                                                     |
| Idade       | 15 anos e                            | Celular     | 999872871             | CEP         | 89.245-000                                                                          |
| Endereço    | Rodovia SC                           | Bairro      | Corveta               | Cidade      | Araquari                                                                            |
| Responsável | Tatiane Grazielle Salvador Rodrigues | CPF         | 09299198900           | Telefone    | 996139668                                                                           |
| Endereço    | Dr Adolfo Bezerra de Menezes ,575,   | Clinica     | Emergência Ortopédica |             |                                                                                     |
| Data        | 24/05/2022                           |             |                       | Hora        | 15:10                                                                               |
| Convênio    | Escola Adventista                    | Cód.Usuário | 1333089               | Dt.Validade | 24/05/2022                                                                          |
| Guia        | 6316                                 | Senha       |                       |             |                                                                                     |
| Funcionário | Janaina.L                            |             |                       |             |                                                                                     |
| Obs. Conv.: | Autorização + copia do doc 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.

Em 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, 24 de maio de 2022

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF