



**IAESC**

INSTITUTO ADVENTISTA DE  
ENSINO DE SANTA CATARINA

<b>Favorecido</b>	Instituição Adventista Sul Brasileira de Educação - IAESC
<b>CNPJ</b>	76.726.884/0044-68
<b>Banco</b>	237 - Bradesco
<b>Agencia</b>	2693
<b>C. Corrente</b>	11272-0

**Dados do reembolso - Seguro Aluno**

**Código**

2263

**Nome Aluno (a)**

Guilherme Rodrigues de Lima

**Descrição dos Gastos**

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 46,42	109791	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos

**R\$ 46,42**

**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:** Guilherme Rodrigues de Lima  
**Nº da Carteirinha:** 13.3.2263  
**Instituição:** Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina



**Data de Nascimento:** 12/08/2006

**Nº da Guia:** 6317

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/05/2022	11:25:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Torax

## Descrição

O aluno no dia 28/05, estava em atividade esportiva fora do horário de aulas quando em dividida de bola, recebeu uma cotovelada de um colega. Sentiu dor, diz ter tomado paracetamol, para alívio da dor. Não tem tido muita melhora, apenas diminui um pouco da dor.

## Testemunha da ocorrência

Enoque

## Telefone

(47) 3447-7480

André

(47) 3447-7400

## Quem prestou primeiros socorros

Syendra

## Data

24/05/2022

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

## Observações

O aluno no dia 28/05, estava em atividade esportiva fora do horário de aulas quando em dividida de bola, recebeu uma cotovelada de um colega. Sentiu dor, diz ter tomado paracetamol, para alívio da dor. Não tem tido muita melhora, apenas diminui um pouco da dor. Encaminhado ao hospital. Pais cientes.

Ass.:

IAESC  
Dpto. Personal  
João Teodoro de Azevedo Júnior  
CPF: 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

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

**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 000.109.791

SÉRIE : 1

FOLHA: 1 de 1



CHAVE DE ACESSO

4222 0584 6834 8101 0059 5500 1000 1097 9112 2114 4051

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal  
ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

342220107557962 - 30/05/2022 11:22:34

NATUREZA DA OPERAÇÃO

LANC. REGISTRADO EM EQUIP. CUPOM FISCAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL

254357601

INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA

CNPJ

84.683.481/0100-59

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

NOME/RAZÃO SOCIAL

CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

CNPJ/CPF

15.116.763/0004-12

DATA DA EMISSÃO

30/05/2022

ENDEREÇO

JULIA DA COSTA, 1447

BAIRRO/DISTRITO

BIGORRILHO

CEP

80730-070

DATA DE SAÍDA/ENTRADA

30/05/2022

MUNICÍPIO

CURITIBA

FONE/FAX

UF

PR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

11:22:23

**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 46,42		
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 46,42

**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 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	ALIQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
731142	FLANCOX C/14 CPR REV 500MG	30049079	0 41	5929	UN	1	46,42000000	46,42	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
Nº. Fabricacao do ECF: EP12181000000025028  
COO: 316317  
NFC-e nr. 4284219 Serie ECF Emitido em: 30/05/2022  
MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156  
Base de calculo de ICMS = 46.42  
Valor do ICMS = 7.89 Valor do ICMS Desonerado: 5,57

RESERVADO AO FISCO

*Joinville, 24 de maio de 2022.*

***Guilherme Rodrigues de Lima***

**USO INTERNO VIA ORAL:**

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

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

**Dr. Jan Tamanini**  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/SC 20947 - RQE 17197 - TEOT 16503

Dr. Jan Gabriel Tamanini (CRM 20947)

**FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA**

Prontuário	1274857	Atendimento	7642094	ID	
Nome	Guilherme Rodrigues de Lima			Paciente:	1682021
CPF	14369156947	Identidade	8180120	Religião	
Data Nascto	12/08/2006	Sexo	Masculino	Est. Civil	
Idade	15 anos e 9	Celular	988220333	CEP	89.245-000
Endereço	Rodovia SC	Bairro	Corveta	Cidade	Araquari
Responsável	Tatiane Graziele Salvador Rodrigues	CPF	09299198900	Telefone	996139668
Endereço	Dr Adolfo Bezerra de Menezes ,575,	Clínica	Emergência Ortopédica		
Data	24/05/2022			Hora	15:05
Convênio	Escola Adventista	Cód.Usuário	1332263	Dt.Validade	24/05/2022
Guia	6317	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.
- 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, 24 de maio de 2022

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF