



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)
2675	Gustavo Matheus Vieira Cremona

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 37,82	113221	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos

R\$ 37,82

Total Reembolso

IAESC
Dpto. Pessoal
João Teodoro de Azevedo Júnior
CPF: 050.904.029-38

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, 16 de Outubro de 2022

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gustavo Matheus Vieira Cremona

Nº da Carteirinha: 13.3.2675

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 09/03/2007

Nº da Guia: 8305



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/10/2022	23:40:00	Quadra	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

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

Descrição

Estava jogando futebol colidindo com o goleiro, caiu e bateu o braço no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ricardo Bertazzo	(47) 99773-0261
Bruno Rederd	(47) 99998-2381

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ricardo Bertazzo	04/10/2022

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

Observações

Estava jogando futebol colidindo com o goleiro, caiu e bateu o braço no chão. Família ciente

Ass.:

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

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 - Saída 1 Nº 000.113.221 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1		 CHAVE DE ACESSO 4222 1084 6834 8101 0059 5500 1000 1132 2112 2114 0101 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 342220206533168 - 05/10/2022 11:52:56	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601		INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA		CNPJ 84.683.481/0100-59	

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA				CNPJ/CPF 15.116.763/0004-12		DATA DA EMISSÃO 05/10/2022	
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447				BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO		CEP 80730-070	
MUNICÍPIO CURITIBA				FONE/FAX		UF PR	
INSCRIÇÃO ESTADUAL				HORA DE SAÍDA 11:52:52			

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 46,24	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 8,42	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 37,82		

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	
1000002317	TORAGESIC C/10 CPR SL 10MG [L:2W2275 Qt:1] [VL 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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricação do ECF: EP121810000000025028 COO: 357110 NFC-e nr. 4337828 Serie ECF Emitido em: 05/10/2022 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 37,82 Valor do ICMS = 6,43 Valor do ICMS Desonerado: 4,54	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

Joinville, 5 de outubro de 2022.

Gustavo Mateus Vieira Cremona

USO INTERNO VIA ORAL:

1. TORAGESIC SL ----- 1 CAIXA
COLOCAR 1 COMPRIMIDO EMBAIXO DA LÍNGUA A CADA 8 HORAS SE DOR.

AGENDAR RETORNO AMBULATORIAL COM EQUIPE DE ORTOPEDIA DO HOSPITAL DONA HELENA.

ESPECIALISTA DA MÃO.

LOCAL:

HOSPITAL DONA HELENA

- CDO – CENTRO DE DIAGNOSTICO ORTOPÉDICO (10º ANDAR)
RUA BLUMENAU, 123 - CENTRO - JOINVILLE – SC

CONTATO:

- TELEFONE: (47) 3451-3322 / 3451-3321
SITE www.hospitaldonahelena.com.br/agendaonline

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

Dr. Jan Tamenini
Ortopedia e Traumatologia
CRM/SC 20947 - HOF 17307 - 1607 16503

Dr. Jan Gabriel Tamanini (CRM 20947)

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1284595	Atendimento	7840244	ID	
Nome	Gustavo Mateus Vieira Cremona	Sexo	Masculino	Paciente:	1694453
Mãe	Marcia Vieira	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	8305
Data Nascto	09/03/2007	Cód.Usuário	1332675	Funcionário	Bianca.Rafael
Idade	15 anos e 6	Senha		Dt.Validade	31/12/2022
Data	05/10/2022	Hora	10:01	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, 5 de outubro de 2022