

**IAESC**INSTITUTO ADVENTISTA DE
ENSINO DE SANTA CATARINA**Favorecido****CNPJ****Banco****Agencia****C. Corrente****Instituição Adventista Sul Brasileira de Educação - IAESC****76.726.884/0044-68****237 - Bradesco****2693****11272-0****Dados do reembolso - Seguro Aluno****Código****3410****Nome Aluno (a)****Hendriw de Melo Machado****Descrição dos Gastos**

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 48,49	3181	Raiadrogasil S/A	Medicamentos

R\$ 48,49**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, 18 de março de 2022**

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Hendriw de Melo Machado

Nº da Carteira: 13.3.3410

Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 11/12/2003

Nº da Guia: 5135



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/03/2022	19:35:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Pé Direito

Descrição
O aluno estava jogando bola e chutou

Testemunha da ocorrência	Telefone
André Rocha	(47) 3447-7400

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

Observações
O aluno estava jogando bola e chutou

Ass.:

IAESC
Dpto. Pessoal
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

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, 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 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

RECEBEMOS DE RAIADROGASIL S/A OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		MF: N° 3181
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	SÉRIE: 1

 RAIADROGASIL S/A OTO BOEHM, 260 - AMERICA JOINVILLE - SC CEP: 89201-700	DANFE DOCUMENTO DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA N° 3181 SÉRIE: 1 FOLHA 1/1	 CHAVE DE ACESSO 4222 0361 5858 6505 2976 5500 1000 0031 6112 0220 3116 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Setfaz Autorizadora.
---	--	--

NATUREZA DA OPERAÇÃO SUBSTITUIÇÃO DE CUPOM DE VENDA		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 342220049289645	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 256806640	INSCRIÇÃO ESTADUAL DE SUBST.	CPF 61.585.865/0529-76	
DESTINATÁRIO / REMETENTE		CPF / CPF	DATA EMISSÃO
NOME / RAZÃO SOCIAL INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE		15.116.763/0004-12	11/03/2022 17:10:28
ENDEREÇO RUA ALAMEDA JULIA DA COSTA, 1447	Bairro / DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730-070	DATA ENTRADA / SAÍDA 11/03/2022
MUNICÍPIO CURITIBA	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO	HORA ENTRADA / SAÍDA 17:10:28
FONE / FAX 04132402942			
FATURA / DUPLICATA			

CÁLCULO DO IMPOSTO									
BASE DE CÁLCULO DO ICMS R\$ 0,00		VALOR DO ICMS R\$ 0,00		BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST. R\$ 0,00		VALOR DO ICMS SUBST. R\$ 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS R\$ 48,49	
VALOR DO FRETE R\$ 0,00		VALOR DO SEGURO R\$ 0,00		DESCONTO R\$ 0,00		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS R\$ 0,00		VALOR TOTAL DO IPI R\$ 0,00	
								VALOR TOTAL DA NOTA R\$ 48,49	
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS									
NOME / RAZÃO SOCIAL				FRETE POR CONTA 9-SEM FRETE		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍCULO	
ENDEREÇO				MUNICÍPIO		UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE		ESPECIE		MARCA		NUMERAÇÃO		PESO BRUTO	
								PESO LÍQUIDO	
DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS									
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR DESCONTO
22762	LISADOR DIP 1G 10 S	30049069	060	5929	UN	1	15,9000	15,90	0,00
73050	MAXSULID 400MG 10 S	30049099	060	5929	UN	1	32,5900	32,59	0,00

CÁLCULO DO ISSON			
INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSON	VALOR DO ISSON
DADOS ADICIONAIS			
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		RESERVADO AO FISCO	
ICMS RECOLHIDO ATRAVES DO CUPOM FISCAL N.8389 E ECF N.8 DE 11/03/2022 - Trib. Aprox. 6.52 Federal e 8.24 Estadual Fonte: IBPT			

Joinville, 7 de março de 2022.

Hendriw de Melo Machado

Uso oral

1 - Lisador DIP ----- 1 caixa

Tomar 1 comprimido de 6 em 6 horas, se dor.

2 - Maxsulid 400 ----- 1 caixa

Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas durante 3 dias.

*Ingerir após alimentação.

Em caso de emergência retornar ao pronto-socorro

Dr. Felipe Younes Quatrin
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SC 21827
RQE 17313 / TEOT 16495

Dr. Felipe Younes Quatrin (CRM 21827)

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1268854	Atendimento	7552974	ID	
Nome	Hendriw de Melo Machado			Paciente:	1674470
CPF	49641120808	Identidade		Religião	
Data Nascto	11/12/2007	Sexo	Masculino	Est. Civil	Solteiro
Idade	14 anos e 2	Celular	937343400	CEP	89.245-000
Endereço	br 101 km 64	Bairro	corveto	Cidade	Araquari
Responsável	Jonatas Pedromo Zukowski	CPF	02994495058	Telefone	996650678
Endereço	BR 101 KM 64,17,coverta,escola	Clínica	Emergência Ortopédica		
Data	07/03/2022			Hora	20:36
Convênio	Escola Adventista	Cód.Usuário	1333410	Dt.Validade	31/12/2022
Guia	5135	Senha			
Funcionário	Lorrany.A				
Obs. Conv.:	Autorizacao e Copia do documento 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, 7 de março de 2022

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF