

**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**

3410

Nome Aluno (a)

Hendriw de Melo Machado

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 60,96	107498	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos

R\$ 60,96**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 EducaçãoRua: BR, 101 - KM 64, 17400
Bairro: Corveta - Cep: 89245-000
Araquari - Santa Catarina

Araquari, 21 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: 5068



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/02/2022	21:36:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição
Estava jogando futebol, quando a bola bateu em seu rosto quebrando o óculos especial para esporte e machucando o seu olho esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
André Rocha	(47) 99795-5410

Quem prestou primeiros socorros	Data
André Rocha	28/02/2022

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

Observações
O preceptor atendeu o aluno e viu a gravidade do corte e encaminhou para o hospital.

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 - Bigorrrilho - 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 - Saída 1 Nº 000.107.498 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1		 CHAVE DE ACESSO 4222 0384 6834 8101 0059 5500 1000 1074 9812 2180 5030 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 34220042141015 - 02/03/2022 18:02:41	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601		INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA		CNPJ 84.683.481/0100-59	

DESTINATÁRIO/REMETENTE				CNPJ/CPF 15.116.763/0004-12		DATA DA EMISSÃO 02/03/2022	
NOME/RAZÃO SOCIAL INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE				BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO		CEP 80730-070	
ENDEREÇO RUA ALAMEDA JULIA DA COSTA, 1447				MUNICÍPIO CURITIBA		HORA DE SAÍDA 18:02:10	
				FONE/FAX (41) 3240-2942		UF PR	
				INSCRIÇÃO ESTADUAL			

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 DO FRETE 0		VALOR DO SEGURO 0		DESCONTO 0,00		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	
VALOR DO IPI 0,00		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 60,96			

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS				FRETE POR CONTA 9-Sem Frete		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍC		UF		CNPJ/CPF	
RAZÃO SOCIAL				ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL			
QUANTIDADE		ESPÉCIE		MARCA		NUMERAÇÃO		PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO			

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO														VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	
COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI		
731142	FLANCOX C/14 CPR REV 500MG	30049079	0 41	5929	UN	1	41,86000000	41,86	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
732594	LISADOR DIP C/10 CPR 1000MG	30049069	0 41	5929	UN	1	19,10000000	19,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricação do ECF: EP121810000000024370 COO: 103098 NFC-e nr. 4235919 Serie ECF Emitido em: 10/02/2022 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 60.96 Valor do ICMS = 10.36 Valor do ICMS Desonerado: 7,31	RESERVADO AO FISCO

Joinville, 28 de fevereiro de 2022.

Hendriw de Melo Machado

LISADOR DIP ----- 01 CAIXA
TOMAR 01 COMPRIMIDO, 6/6 HORAS SE DOR

FLANCOX 500 MG ----- 01 CAIXA
TOMAR 01 COMPRIMIDO, 12/12 HORAS POR 5 DIAS

Dr. Cassio Hiraga
Ortopedia e Traumatologia
CRM/SC 28623 / TEOT 16767

Dr. Cassio Kenji Hiraga (CRM 28623)

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1268854	Atendimento	7546425	ID	
Nome	Hendriw de Melo Machado			Paciente:	1674470
CPF		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	28/02/2022			Hora	22:27
Convênio	Escola Adventista	Cód.Usuário	1333410	Dt.Validade	28/02/2022
Guia	5068	Senha			
Funcionário	Fernando.R				
Obs. Conv.:	autorizacao 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, 28 de fevereiro de 2022