

**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)**

2916

Isaque Gomes de Oliveira

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 62,53	109770	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos

R\$ 62,53**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: Isaque Gomes de Oliveira

Nº da Carteirinha: 13.3.2916

Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 18/06/2006

Nº da Guia: 6373



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/05/2022	22:30:00	Ginásio	Jogos das Olimpíadas

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

Descrição
O aluno estava jogando basquete - jogos das olimpíadas na escola quando o colega sem querer deu uma cotovelada em seu nariz.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Enoque Assis	(47) 99773-0526

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enoque Assis	29/05/2022

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

Observações
O aluno foi atendido pelo monitor da unidade e encaminhado para o Hospital de referência. Foi comunicado a mãe pessoalmente.

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

Ass.: _____

João Teodoro de Azevedo Júnior

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 - 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 		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 1 - Saída Nº 000.109.770 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 4222 0584 6834 8101 0059 5500 1000 1097 7012 2123 1051 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 342220107078833 - 29/05/2022 12:08:44	
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 29/05/2022
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447	BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO		CEP 80730-070
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE/FAX 	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA DE SAÍDA 12:08:34

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	84,02
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	21,49	0,00	0,00	0,00	62,53

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	
698161	SALSEP 50ML SPRAY 9MG/ML	30049099	0 41	5929	UN	1	23,28000000	23,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
704728	NIMESULIDA EURO C/12 CPR 100MG [Vl. Desconto: R\$14,28]	30049079	0 41	5929	UN	1	31,91000000	31,91	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
692139	PARACETAMOL MEDLEY C/20 CPR REV 750MG GEN [Vl. Desconto: R\$7,21]	30049045	0 41	5929	UN	1	28,83000000	28,83	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricacao do ECF: EP121810000000024370 COO: 136690 NFC-e nr. 4283796 Serie ECF Emitido em: 29/05/2022 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 62,53 Valor do ICMS = 10,63 Valor do ICMS Desonerado: 7,50	RESERVADO AO FISCO
---	---------------------------

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

Isaque Gomes de Oliveira

USO INTERNO

NIMESULIDA 100MG

01 COMP DE 12 EM 12 HORAS POR 03 DIAS

PARACETAMOL 750MG

01 COMP DE 6 EM 6 HORAS POR 03 DIAS

USO EXTERNO

SALSEP SPRAY NASAL

APLICAR A VONTADE DURANTE O DIA POR 07 DIAS


Dr. Luiz Afonso Fonseca
Cirurgião Bucomaxilofacial
CRO/SC 2535

Dr. Luiz Afonso Morgenslem da Fonseca (CRM 92535)

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1275256	Atendimento	7647976	ID	
Nome	Isaque Gomes de Oliveira	Idade		Paciente	1682537
CPF	53849413837	Sexo	Masculino	Religião	
Data Nascto	18/06/2006	Celular	982142750	Est. Civil	
Idade	15 anos e	Bairro	Corveta	CEP	89.245-000
Endereço	Rodovia BR - 101	CPF	92866077504	Cidade	Araquari
Responsável	Vivaldo Nascimento de Oliveira	Clinica	Emergência Ortopédica	Telefone	982142750
Endereço	Rodovia Br 101, Corveta Km 64	Cód.Usuário	1332916	Hora	10:08
Data	29/05/2022	Senha		Dt. Validade	29/05/2022
Convênio	Escola Adventista				
Gua	7647976				
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 Operadora 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 lista 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 do 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 acréscimos, 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 reparações 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 OPVAT. Caso o paciente e/ou responsável identifique 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 ("CPFMEF"), 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 ICH (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, 29 de maio de 2022

HOSPITAL DONA HELENA - REC-0

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF