

 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)			
3307	Jônatas Nereu de Souza			
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador	Descrição	
R\$ 206,61	117618	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos	
R\$ 206,61	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, 11 de maio de 2023

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Jônatas Nereu de Souza

Nº da Carteira: 13.3.3307

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 23/02/2007

Nº da Guia: 10127

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/03/2023	23:00:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Antebraço Direito

Descrição

O aluno estava em atividade esportiva fora do horário de aula, seletiva de basquete, quando o mesmo foi fazer o dribble e escorregou da própria altura. Caindo e batendo o braço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Edemilson	(47) 3447-7400
Geazi	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Syendra	14/03/2023

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 em atividade esportiva fora do horário de aula, seletiva de basquete, quando o mesmo foi fazer o dribble e escorregou da própria altura. Caindo e batendo o braço. Pais cientes pela equipe de preceptoria.

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

Ass.:

IAESC
Dpto. Pessoal
João Teodoro de Azevedo Júnior
CPF: 054.904.929-38

Geazi Gomes de Oliveira

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 CEP: 89204250 TELEPHONE: 4734331518		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 - Saída Nº 000.117.618 SÉRIE: 1 FOLHA: 1 de 1		 CHAVE DE ACESSO 4223 0384 6834 8101 0059 5500 1000 1176 1812 3161 5034 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 342230057816376 - 15/03/2023 16:11:19	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601		INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA		CNPJ 84.683.481/0100-59	

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE			CNPJ/CPF 15.116.763/0004-12		DATA DA EMISSÃO 15/03/2023
ENDEREÇO ALAMEDA JULIA DA COSTA, 1447		BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO		CEP 80730-070	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 15/03/2023
MUNICÍPIO CURITIBA		FONE/FAX (41) 3240-2942	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA 16:11:16

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 277,98	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 71,37	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 206,61			

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	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
1000003112	CEFALEXINA EMS C/8 CPR REV 1G GEN [L:3F3154 Qt:2] [VI. Desconto: R\$65,58] (W)	30042052	0 41	5929	UN	2	90,40000000	180,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000023800	NOVALGINA C/20 CPR 1000MG [L:CRA04685 Qt:1] [VI. Desconto: R\$3,01]	30049069	0 41	5929	UN	1	41,51000000	41,51	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000024120	FLANCOX C/14 CPR REV 600MG [L:22100499 Qt:1] [VI. Desconto: R\$2,78]	30049079	0 41	5929	UN	1	55,67000000	55,67	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricacao do ECF: EP121810000000024370 COO: 213077 NFC-e nr. 4403681 Serie ECF Emitido em: 15/03/2023 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 206,61 Valor do ICMS = 35.12 Valor do ICMS Desonerado: 24,80	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Marcio Wambier Fialla (CRM 27980)

Blumenau, 123,
Fone: (47) 3451.3333
Joinville - SC

2º VIA PACIENTE

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

Paciente: **Jonatas Nereu de Souza**
Endereço: **Rodovia BR 101 KM 64, 17400 Escola Adventista**
Data receita:
Prescrição:

Joinville, 15 de março de 2023

USO ORAL

1) FLANCOX 600 MG ----- 10
TOMAR 1 CP VO 12/12/H POR 5 DIAS.

2) NOVALGINA 1G ----- 20
TOMAR 1 CP VO 6/6H SE DOR.

3) CEFALEXINA 1G ----- 14
TOMAR 1 CP VO 12/12H POR 7 DIAS.

* CUIDADOS COM CURATIVO - NAO MOLHAR (TROCAR CURATIVO DE 2/2 DIAS) E RECOLOCAR A TALA
* ABRIR E FECHAR OS DEDOS FREQUENTEMENTE SEM PEGAR PESO
* RETORNO NO CDO DIA 22/03 - LIGAR 3451-3322 / 3321 E AGENDAR - COM DR MARCIO FIALLA

CRM 27980 TEOT-15093
CIRURGIÃO DA MÃO
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGISTA
MARCIO WAMBIER FIALLA

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
Iden.:
End.:
Cidade:
Telefone:

Órg. Emissor:

UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1297023
Nome **Jonatas Nereu de Souza**
Mãe Roseclaire Rocha de Souza
Data Nascto 23/02/2007
Idade 16 anos
Data 14/03/2023
Convênio Escola Adventista

Atendimento 8099584
Sexo Masculino
Clínica Emergência Clínica
Cód.Usuário 1333307
Senha
Hora 23:56
Obs. Conv.: Guia em anexo

ID 
Paciente: 1709450
Guia 10127
Funcionário Henrique.S
Dt.Validade 30/12/2023
Responsável 10616125976

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, 14 de março de 2023

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF