

 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)		
3323		Janine Muniz Olivarte		
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador		Descrição
R\$ 46,42	109991	Cia Latino Americana de Medicamentos		Medicamentos
R\$ 46,42			Total Reembolso	

IAESC
 Dpto. Pessoal
 João Teodoro de Azevedo Júnior
 CPF: 05.1904.029-38

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, 09 de junho de 2022

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Janine Muniz Olivarte

Nº da Carteirinha: 13.3.3323

Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 04/07/2008

Nº da Guia: 6513



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/06/2022	08:53:00	corredor do escolar	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Joelho Esquerdo

Descrição

A aluna estava se deslocando dentro do escolar quando caiu e torceu o joelho E. Acidente ocorrido no dia 03/06/2022, sexta feira no período da tarde. As preceptoras fizeram compressa de gelo no local e usaram pomada de cataflan, sem melhoras. Por não ter sido levada antes ao médico teve que participar da aula de educação física, realizando corrida de 400m. Hoje ainda com bastante dor, encaminhada ao pronto atendimento do hospital para avaliação.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Grazielly Oliveira	(47) 3447-7480
Syendra Oliveira	(47) 99773-0496

Quem prestou primeiros socorros	Data
Syendra	08/06/2022

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

Observações

A aluna estava se deslocando dentro do escolar quando caiu e torceu o joelho E. Acidente ocorrido no dia 03/06/2022, sexta feira no período da tarde. As preceptoras fizeram compressa de gelo no local e usaram pomada de cataflan, sem melhoras. Por não ter sido levada antes ao médico teve que participar da aula de educação física, realizando corrida de 400m. Hoje ainda com bastante dor, encaminhada ao pronto atendimento do hospital para avaliação. Pais cientes.

IAESC
Dpto. Pessoal
João Teodoro de Azevedo Júnior
CPF: 084.904.029-38

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.:

João Teodoro de Azevedo Júnior

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

CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS  catarinense		RUA BLUMENAU, 138 CENTRO JOINVILLE SC TEL/FAX: 4734331518 CEP: 89204250		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 1 - Saída Nº 000.109.991 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1		 CHAVE DE ACESSO 4222 0684 6834 8101 0059 5500 1000 1099 9112 2114 5060 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 342220115023875 - 08/06/2022 11:17:51		
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 08/06/2022	
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447		BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO	
CEP 80730-070		DATA DE SAÍDA/ENTRADA 08/06/2022	
MUNICÍPIO CURITIBA		FONE/FAX	
UF PR		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
HORA DE SAÍDA 11:17:46			

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

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 9-Sem Frete		CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	CNPJ/CPF
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	
731142	FLANCOX C/14 CPR REV 500MG	30049079	0 41	5929	UN	1	46,42000000	46,42	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricação do ECF: EPI21810000000024370 COO: 139997 NFC-e nr. 4288584 Serie ECF Emitido em: 08/06/2022 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 46.42 Valor do ICMS = 7.89 Valor do ICMS Desonerado: 5,57	RESERVADO AO FISCO

Joinville, 8 de junho de 2022.

Janine Muniz Olivarte

USO ORAL

1) FLANCOX 500 MG ----- 10
TOMAR 1 CP VO 12/12H POR 5 DIAS.

DR. MARCIO WAMBIER FIALLA
ORTOPEDISTA/TRAUMATOLOGISTA
Cirurgião da Mão
CRM 27980 TEOT-15093

Dr. Marcio Wambier Fialla (CRM 27980)

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1276039
Nome Janine Muniz Olivarte
CPF 04595931107
Data Nascto 04/07/2008
Idade 13 anos e
Endereço Br 101 17400
Responsável Tatiane Grazielle Salvador Rodrigues
Endereço Dr Adolfo Bezerra de Menezes ,575,
Data 08/06/2022
Convênio Escola Adventista
Guia 6513
Funcionário Caroline.Santos
Obs. Conv.: autorização em anexo

Atendimento 7661079
Identidade
Sexo Feminino
Celular 999837259
Bairro Corveta
CPF 09299198900
Clínica Emergência Ortopédica
Cód.Usuário 1333323
Senha

ID 
Paciente: 1683546
Religião
Est. Civil Solteiro
CEP 89.245-000
Cidade Araquari
Telefone 996139668
Hora 10:41
Dt.Validade 30/12/2022

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, 8 de junho de 2022

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF