



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)
3673	Jaqueline Klauberg

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 46,42	114297	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos

R\$ 46,42	Total Reembolso
------------------	------------------------

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

RH - IAESC

Tesouraria

Araquari, 21 de dezembro de 2022

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Jaqueline Klauberg

Nº da Carteira: 13.3.3673

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 14/04/2008

Nº da Guia: 8959



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/11/2022	09:02:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Antebraço Esquerdo

Descrição

A aluna estava atuando como juíza em partida de vôlei quando ao descer da plataforma de juiz desequilibrou e caiu da escada, recebendo primeiro atendimento na preceptorial por nossa enfermeira, e como permanece as dores está sendo encaminhada ao atendimento profissional junto ao Dona Helena.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Grazielly Caldeira de Abreu Oliveira	(47) 3447-7480
Syendra Rinaldi	(47) 3447-7481

Quem prestou primeiros socorros	Data
Syendra Rinaldi	09/11/2022

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 atuando como juíza em partida de vôlei quando ao descer da plataforma de juiz desequilibrou e caiu da escada, recebendo primeiro atendimento na preceptorial por nossa enfermeira, e como permanece as dores está sendo encaminhada ao atendimento profissional junto ao Dona Helena.

176.726.884/0044-681

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

Ass.:

João Teodoro de Azevedo Júnior

Instituição Adventista
Sul Brasileira de Educação
Rua: BR, 101 - KM 64, 17400
Bairro: Corveta - Cep: 89245-000
Araquari - Santa Catarina

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 TEL/FAX: 4734331518 CEP: 89204250		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 1 - Saída 1 Nº 000.114.297 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1		 CHAVE DE ACESSO 4222 1184 6834 8101 0059 5500 1000 1142 9712 2131 1115 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 342220233599798 - 09/11/2022 13:29:22	
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 09/11/2022	
NOME/RAZÃO SOCIAL CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA				CEP 80730-070		DATA DE SAÍDA/ENTRADA 09/11/2022	
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447		BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO		UF PR		HORA DE SAÍDA 13:29:18	
MUNICÍPIO CURITIBA		FONE/FAX		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 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		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	
1000009283	FLANCOX C/14 CPR REV 500MG [L:22050299 Qt:1]	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. Fabricacao do ECF: EP121810000000024370 COO: 180989 NFC-e nr. 4351013 Serie ECF Emitido em: 09/11/2022 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 46.42 Valor do ICMS = 7.89 Valor do ICMS Desonerado: 5,57	RESERVADO AO FISCO

Joinville, 9 de novembro de 2022.

Jaqueline Klauberg

Flancox 500 mg ----- (1 caixa)
Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas POR 3 DIAS

ORIENTAÇÃO DE ALTA
- COMPRESSA DE GELO 20 MIN

PARA MARCAR CONSULTA

- POR WHATSAPP: (47) 3451-3333
- POR TELEFONE: (47) 3451-3322 / 3451-3321
- PELO SITE www.hospitaldonahelena.com.br/agendaonline

LOCAL

HOSPITAL DONA HELENA (PRÉDIO NOVO 10º ANDAR)
CDO – CENTRO DE DIAGNOSTICO ORTOPÉDICO
RUA BLUMENAU, 123 - CENTRO - JOINVILLE – SC

ESPECIALIDADES DA ORTOPEDIA

X MÃO E PUNHO: DR REYNALDO LEMOS, DRA ALINE GAFURI, DR MARCIO FIALLA

Dr. Vitor Corotti
Ortopedia e Traumatologia
Especialista Joelho / Esporte
CRM PR 30290 / CRM SC 24492
TEOT: 14818 / RQE: 15170
Tel: 47 99616-1220 / 41 99872-6126

Dr. Vitor Gustavo de Paiva Corotti (CRM 24492)

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1287257
Nome Jaqueline Klauberg
Mãe Djessica Vidal Hoffman
Data Nascto 14/04/2008
Idade 14 anos e 6
Data 09/11/2022
Convênio Escola Adventista

Atendimento 7895774
Sexo Feminino
Clínica Emergência Ortopédica
Cód.Usuário 1333673
Senha
Hora 12:41
Obs. Conv.: Autorização em anexo.

ID 
Paciente: 1697768
Guia 8959
Funcionário Leticia.Santos
Dt.Validade 31/12/2222
Responsável Tatiane Graziele Salvador

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, 9 de novembro de 2022

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF