

**IAESC**INSTITUTO ADVENTISTA DE
ENSINO DE SANTA CATARINA**Favorecido****CNPJ****Banco****Agencia****C. Corrente****Instituição Adventista Sul Brasileira de Educação - IAESC****76.726.884/0044-68****237 - Bradesco****2693****11272-0****Dados do reembolso - Seguro Aluno****Código**

3017

Nome Aluno (a)

João Victor Martins da Silva

Descrição dos Gastos**Valor****NF****Prestador****Descrição**

R\$

43,21

105012

Cia Latino Americana de
Medicamentos

Medicamentos

R\$**43,21****Total Reembolso**

IAESC

Dpto. Pessoal

João Teodoro de Azevedo Júnior

CPF: 054.904.029-38

RH - IAESC

Tesouraria

Araquari, 09 de Dezembro de 2021

76.726.884/0044-68

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Victor Martins da Silva

Nº da Carteira: 13.3.3017

Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 27/04/2005

Nº da Guia: 4412



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/11/2021	15:49:00	Pátio	Brincando com outros alunos

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

Descrição
Aluno escorregou e bateu o pé abriu o meio do dedos do pé

Testemunha da ocorrência	Telefone
André	(47) 3447-7401

Quem prestou primeiros socorros	Data
André Rocha	07/11/2021

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 encaminhado pelo preceptor ao médico

Ass.:

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

João Teodoro de Azevedo Júnior

176.726.884/0044-68

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 - 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 RUA BLUMENAU, 138 CENTRO JOINVILLE SC TEL/FAX: 4734331518 CEP: 89204250		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 1 - Saída Nº 000.105.012 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1		 CHAVE DE ACESSO 4221 1184 6834 8101 0059 5500 1000 1050 1212 1100 1114 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 342210217565732 - 18/11/2021 10:12:22	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601		INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA		CNPJ 84.683.481/0100-59	

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE				CNPJ/CPF 15.116.763/0004-12		DATA DA EMISSÃO 18/11/2021	
ENDEREÇO ALAMEDA JULIA DA COSTA, 1447				BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO		CEP 80730-070	
MUNICÍPIO CURITIBA				FONE/FAX		UF PR	
				INSCRIÇÃO ESTADUAL		DATA DE SAÍDA ENTRADA 18/11/2021	
						HORA DE SAÍDA 10:12:14	

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 43,21	
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 43,21			

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	
734099	COMPRESSA GAZE LUNIS BEM CUIDAR C/10 13 FIOS	30059090	0 41	5929	UN	3	2,7900	8,37	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
37277	RIFOCINA 20ML SOL TOP SPRAY 10MG/ML (W)	30042031	0 41	5929	UN	1	34,8400	34,84	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Atenc: João Victor Martins da Silva

4/14/2008

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 Nr. Fabricação do ECF: EP121810000000025028
 COO: 248059
 NFC-e nr. 4200235 Serie ECF Emitido em: 18/11/2021
 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156
 Base de cálculo de ICMS = 43.21
 Valor do ICMS = 7.35 Valor do ICMS Desonerado: 5,18

RESERVADO AO FISCO

Depositar o valor



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

2º VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Felipe Neves Campos (CRM 20308)

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

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

Joinville, 18 de novembro de 2021

Paciente: **Joao Victor Martins da Silva**
Endereço: **BR 101 Km 64, 17400 Internato Corveta Araquari SC**
Data receita:
Prescrição:

USO LOCAL

RIFOCINA SPRAY-----1FR
APLICAR SOBRE A LESAO APOS O BANHO ATE A CICATRIZAÇÃO

GAZE
COLOCAR ENTRE OS DEDOS PARA MANTER SECO.

***MANTER SEMPRE SECO O LOCAL**
***NAO UTILIZAR CALCADO FECHADO**
RETORNO NO CDO (10º ANDAR DO HOSPITAL DONA HELENA) COM DR CASSIO EM 1
SEMANA
AGENDAR PELO TELEFONE 34513322


Dr. Felipe Neves Campos
Ortopedia e Traumatologia
CRM SC 20308 RQE 14639 TEOT 15115

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	1257845	Atendimento	7451806	ID	
Nome	Joao Victor Martins da Silva			Paciente:	1660803
CPF	05151027174	Identidade		Religião	A Definir
Data Nascto	27/04/2005	Sexo	Masculino	Est. Civil	Solteiro
Idade	16 anos e 6	Celular	992452036	CEP	89.245-000
Endereço	BR 101 Km 64 17400	Bairro	Corveta	Cidade	Araquari
Responsável	Deise Maria Barbosa Nobre de	CPF	00820710474	Telefone	999749776
Endereço	Br 101 Km 64,17400,Corveta,Casa	Clínica	Emergência Ortopédica		
Data	18/11/2021			Hora	09:25
Convênio	Escola Adventista	Cód.Usuário	1333017	Dt.Validade	18/11/2021
Guia	04412	Senha			
Funcionário	Ednair.F				
Obs. Conv.:	Segue autorização de atendimento e cópia de documento 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, 18 de novembro de 2021

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF