

|                                                                                                                                                                          |                         |                                                                  |                  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------|--|
| <br><b>IAESC</b><br><small>INSTITUTO ADVENTISTA DE<br/>ENSINO DE SANTA CATARINA</small> | <b>Favorecido</b>       | <b>Instituição Adventista Sul Brasileira de Educação - IAESC</b> |                  |  |
|                                                                                                                                                                          | <b>CNPJ</b>             | <b>76.726.884/0044-68</b>                                        |                  |  |
|                                                                                                                                                                          | <b>Banco</b>            | <b>237 - Bradesco</b>                                            |                  |  |
|                                                                                                                                                                          | <b>Agencia</b>          | <b>2693</b>                                                      |                  |  |
|                                                                                                                                                                          | <b>C. Corrente</b>      | <b>11272-0</b>                                                   |                  |  |
| <b>Dados do reembolso - Seguro Aluno</b>                                                                                                                                 |                         |                                                                  |                  |  |
| <b>Código</b>                                                                                                                                                            | <b>Nome Aluno (a)</b>   |                                                                  |                  |  |
| 3055                                                                                                                                                                     | Jonny Vitoriano Cândido |                                                                  |                  |  |
| <b>Descrição dos Gastos</b>                                                                                                                                              |                         |                                                                  |                  |  |
| <b>Valor</b>                                                                                                                                                             | <b>NF</b>               | <b>Prestador</b>                                                 | <b>Descrição</b> |  |
| R\$ 243,57                                                                                                                                                               | 108338                  | Cia Latino Americana de Medicamentos                             | Medicamentos     |  |
| <b>R\$ 243,57</b>                                                                                                                                                        | <b>Total Reembolso</b>  |                                                                  |                  |  |

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, 04 de abril 2022

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Jonny Vitoriano Cândido  
**Nº da Carteira:** 13.3.3055  
**Instituição:** Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina



**Data de Nascimento:** 27/04/2005

**Nº da Guia:** 5583

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade                          |
|--------------------|----------|---------|------------------------------------|
| 02/04/2022         | 21:56:00 | Piscina | Atividades esportivas fora de aula |

| O que aconteceu                                              | Partes do corpo |
|--------------------------------------------------------------|-----------------|
| Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira) | Olho Esquerdo   |

| Descrição                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------|
| O aluno estava correndo na piscina quando escorregou e bateu a cabeça no chão |

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Tassiane                 | (47) 3447-7461 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Syendra                         | 02/04/2022 |

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

| Observações                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| O aluno foi atendido pelo preceptor que verificou que havia a necessidade de levar o aluno ao pronto atendimento. |

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

João Teodoro de Azevedo Júnior

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

**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 - 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

RUA BLUMENAU, 138

CENTRO  
JOINVILLE  
SC  
TEL/FAX: 4734331518  
CEP: 89204250DANFE  
DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA0 - Entrada 1  
1 - Saída 1  
Nº 000.108.338  
SÉRIE : 1  
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO

4222 0484 6834 8101 0059 5500 1000 1083 3812 2230 7046

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal  
ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

342220065638780 - 02/04/2022 23:55:51

NATUREZA DA OPERAÇÃO

LANC. REGISTRADO EM EQUIP. CUPOM FISCAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
254357601

INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA

CNPJ

84.683.481/0100-59

## DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

ENDEREÇO

ALAMEDA JULIA DA COSTA, 1447

BAIRRO/DISTRITO  
BIGORRILHO

CNPJ/CPF

15.116.763/0004-12

DATA DA EMISSÃO

02/04/2022

DATA DE SAÍDA/ENTRADA

02/04/2022

MUNICÍPIO

CURITIBA

FONE/FAX

(41) 3240-2942

UF  
PR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

23:55:37

## 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                       | 306,63                   |
| VALOR DO FRETE          | VALOR DO SEGURO | DESCONTO      | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR DO IPI | VALOR APROX. DOS TRIBUTOS  | VALOR TOTAL DA NOTA      |
| 0                       | 0               | 63,06         | 0,00                       | 0,00         | 0,00                       | 243,57                   |

## TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

| RAZÃO SOCIAL |         |       | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍC | UF           | CNPJ/CPF           |
|--------------|---------|-------|-----------------|-------------|---------------|--------------|--------------------|
|              |         |       | 9-Sem Frete     |             |               |              |                    |
| ENDEREÇO     |         |       |                 |             | MUNICÍPIO     | UF           | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|              |         |       |                 |             |               |              |                    |
| QUANTIDADE   | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO       |             | PESO BRUTO    | PESO LÍQUIDO |                    |
|              |         |       |                 |             |               |              |                    |

## DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

| COD.<br>PROD. | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO                                             | NCM<br>SH | CST  | CFOP | UNID. | QUANT. | VALOR<br>UNITÁRIO | VALOR<br>TOTAL | B.CALC. ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALÍQUOTAS |      | VALOR APROX.<br>DOS TRIBUTOS |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------|------|------|-------|--------|-------------------|----------------|--------------|------------|-----------|-----------|------|------------------------------|
|               |                                                                          |           |      |      |       |        |                   |                |              |            |           | ICMS      | IPI  |                              |
| 725636        | PANTOPRAZOL EMS C/42 CPR REV<br>LR 40MG GEN<br>[Vl. Desconto: R\$36,97]  | 30049099  | 0 41 | 5929 | UN    | 1      | 123,45000000      | 123,45         | 0,00         | 0,00       | 0,00      | 0,00      | 0,00 | 0,00                         |
| 740642        | DIPIRONA PRATI C/10 CPR 1000MG<br>GEN<br>[Vl. Desconto: R\$5,26]         | 30049069  | 0 41 | 5929 | UN    | 2      | 16,03000000       | 32,06          | 0,00         | 0,00       | 0,00      | 0,00      | 0,00 | 0,00                         |
| 705203        | MAXSULID C/10 CPR 400MG                                                  | 30049099  | 0 41 | 5929 | UN    | 1      | 43,48000000       | 43,48          | 0,00         | 0,00       | 0,00      | 0,00      | 0,00 | 0,00                         |
| 698234        | CEFALEXINA EMS C/10 CPR REV<br>500MG GEN<br>[Vl. Desconto: R\$14,56] (W) | 30042059  | 0 41 | 5929 | UN    | 2      | 38,11000000       | 76,22          | 0,00         | 0,00       | 0,00      | 0,00      | 0,00 | 0,00                         |
| 687555        | CEFALEXINA EMS C/8 CPR REV<br>500MG GEN<br>[Vl. Desconto: R\$6,27] (W)   | 30042059  | 0 41 | 5929 | UN    | 1      | 31,42000000       | 31,42          | 0,00         | 0,00       | 0,00      | 0,00      | 0,00 | 0,00                         |

## DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
Nr. Fabricação do ECF: EP121810000000025028  
COO: 295157  
NFC-e nr. 4256875 Serie ECF Emitido em: 02/04/2022  
MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156  
Base de cálculo de ICMS = 243,57  
Valor do ICMS = 41,41 Valor do ICMS Desonerado: 29,24

RESERVADO AO FISCO



## FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1271032  
Nome Jonny Vitoriano Candido  
CPF 49130487838  
Data Nascto 27/04/2005  
Idade 16 anos e  
Endereço Rodovia BR 101 KM 64 17400  
Responsável Paulo Ricardo de Matos  
Endereço Br 101 Km 64, 17400, Corveta, Iternato  
Data 02/04/2022  
Convênio Escola Adventista  
Guia 5583  
Funcionário Lucilene Sarda  
Obs. Conv.: copis doc + autorização em anexo

Atendimento 7580293  
Identidade  
Sexo Masculino  
Celular 997310784  
Bairro Corveta  
CPF 06723920970  
Clínica Emergência Clínica  
Cód.Usuário 1333055  
Senha 5583

ID   
Paciente: 1677229  
Religião  
Est. Civil  
CEP 89.245-000  
Cidade Araquari  
Telefone 996020390  
Hora 22:39  
Dt.Validade 02/04/2022

### 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, 2 de abril de 2022

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Felipe Friedrich Ribeiro (CRM 11180)**

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](http://www.donahelena.com.br/agendaonline)

Paciente: **Jonny Vitoriano Candido**  
Endereço: **Rodovia BR 101 KM 64, 17400 Corveta Araquari SC**  
Data receita:  
Prescrição:

Joinville, 02 de abril de 2022

**Uso Interno:**

\* *Cefalexina 500 mg - 28 cápsulas*

Tomar uma cápsula de 6 em 6 horas, durante 7 dias.

Dr. Felipe Friedrich Ribeiro  
Bucocomaxilofacial  
CRM SC 11180

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Iden.:

End.:

Cidade:

Telefone:

Órg. Emissor:

UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_