

 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)			
3238	Kaua Camargo Kohler			
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador	Descrição	
R\$ 67,60	113662	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos	
R\$ 67,60	Total Reembolso			

IAESC
 Depto. 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, 14 de novembro de 2022

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Kauã Camargo Kohler

Nº da Carteira: 13.3.3238

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 12/07/2008

Nº da Guia: 8657



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/10/2022	15:48:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição

Kauã, jogando futebol outro jogador pisou em seu pé torcendo o tornozelo, desde então o aluno está sentindo dores e inchaço

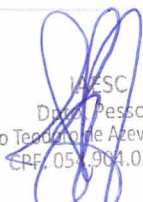
Testemunha da ocorrência	Telefone
Richard c. Silva	(47) 99843-8426

Quem prestou primeiros socorros	Data
Richard c. Silva	23/10/2022

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

Observações

Aluno, jogando futebol, outro jogador pisou em seu tornozelo e desde então vem sentindo dores e desconforto. Foi feito gelo no local e encaminhado a atendimento médico


IMEC
Dona Pessoal
João Teodoro de Azevedo Júnior
CPF: 051.904.029-38

Ass.:

Geazi Gomes de Oliveira

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

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 TEL/FAX: 4734331518 CEP: 89204250		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 1 - Saída 1 Nº 000.113.662 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1		 CHAVE DE ACESSO 4222 1084 6834 8101 0059 5500 1000 1136 6212 2204 8106 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 342220219885427 - 23/10/2022 20:28:37	
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 23/10/2022
ENDEREÇO ALAMEDA JULIA DA COSTA, 1447		BAIRRO/DISTRITO BIGORRILO		CEP 80730-070	DATA DE SAÍDA ENTRADA 23/10/2022
MUNICÍPIO CURITIBA		fone/fax (41) 3240-2942	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA 20:28:34

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 67,60
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 67,60	

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	ESPECIE	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	
1000010017	LISADOR DIP C/10 CPR 1000MG [L:B22G0743 Qt:1]	30049069	0 41	5929	UN	1	21.18000000	21.18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000009283	FLANCOX C/14 CPR REV 500MG [L:22040129 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: 176793 NFC-e nr. 4344505 Serie ECF Emitido em: 23/10/2022 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 67.60 Valor do ICMS = 11.49 Valor do ICMS Desonerado: 8,11	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

Joinville, 23 de outubro de 2022.

Kaua Camargo Kohler

USO ORAL

1- LISADORDIP _____ 1 CX
1CPP VO 6/6H SE DOR

2 FLANCOX 500mg _____ 1 CX
1 CP 12/12H 4 DIAS

USO EXTERNO

ROBOFOOT

1 SEMANA CARGA ZERO, OU SEJA, NAO PISAR

2 SEMANA APOIO DE TOQUE

AGENDAR CONSULTA EM AMBULATORIO DO PÉ E TORNOZELO EM 2 SEMANAS

POR WHATSAPP: (47) 3451-3333

POR TELEFONE: (47) 3451-3322 / 34513321

PELO SITE: www.hospitaldonahelena.com.br/agendaonline

LOCAL

HOSPITAL DONA HELEN (PREDIO NOVO 10º ANDAR)

CDO- CENTRO DE DIAGNOSTICO ORTOPEDICO

RUA BLUMENAU, 123 CENTRO JOINVILLE

Augusto Cesar Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CRM/SC 27.362

Dr. Augusto Cesar Lopes (CRM 27362)

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1285976
Nome Kaua Camargo Kohler
Mãe Kellen Camargo Kohler
Data Nascto 12/07/2008
Idade 14 anos e 3
Data 23/10/2022
Convênio Escola Adventista

Atendimento 7868359
Sexo Masculino
Clínica Emergência Ortopédica
Cód.Usuário 1333238
Senha
Hora 17:14
Obs. Conv.: Autorização em anexo.

ID 
Paciente: 1696169
Guia 8657
Funcionário Leticia.Santos
Dt.Validade 31/12/2222
Responsável Alex de Oliveira

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 declara ter ciência 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, 23 de outubro de 2022

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF