



**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)**

2005

Kerolin Cardoso de Oliveira

**Descrição dos Gastos**

**Valor**

**NF**

**Prestador**

**Descrição**

R\$

121,30

104628

Cia Latino Americana de  
Medicamentos

Medicamentos

**R\$**

**121,30**

**Total Reembolso**

IAESC

Dpto. Pessoal

João Teodoro de Azevedo Júnior

CPF: 054.804.029-38

RH - IAESC

Tesouraria

Araquari, 08 de Novembro de 2021

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:** Kerolin Cardoso de Oliveira  
**Nº da Carteira:** 13.3.2005  
**Instituição:** Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina



**Data de Nascimento:** 17/05/2003      **Nº da Guia:** 4410

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/11/2021	13:23:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	1º Dedo Mão Direita

**Descrição**  
A aluna estava jogando volei e caiu batendo forte com a mão contra o chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Erenice Pereira de Araujo	(47) 99773-0494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Grazielly Caldeira de Abreu Oliveira	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**  
A aluna foi atendida e colocou gelo local mas continua queixando de dor. Mãe ciente

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

Ass.:

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 - 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 - Saída **1**  
Nº **000.104.628**  
SÉRIE : **1**  
FOLHA: **1 de 1**



CHAVE DE ACESSO  
4221 1184 6834 8101 0059 5500 1000 1046 2812 1180 3111

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  
342210209487692 - 07/11/2021 18:40:26

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 07/11/2021
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447	BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730-070	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 07/11/2021
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE/FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA 18:40:20

**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 121,30
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 121,30

**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		
709637	ACHEFLAN 60GR CR 5MG	30049099	0 41	5929	UN	1	79,4400	79,44	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
731142	FLANCOX C/14 CPR REV 500MG	30049079	0 41	5929	UN	1	41,8600	41,86	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

**DADOS ADICIONAIS**

<p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES                  Nr. Fabricação do ECF: EP12181000000025028                  COO: 244841                  NFC-e nr. 4196436 Serie ECF Emitido em: 07/11/2021                  MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156                  Base de calculo de ICMS = 121.30                  Valor do ICMS = 20.62 Valor do ICMS Desonerado: 14,55</p>	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

*Joinville, 7 de novembro de 2021.*

**Sra. Kerolin Cardoso de Oliveira**

:USO TÓPICO

Flancox 500 mg

Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas, POR 5 DIAS.

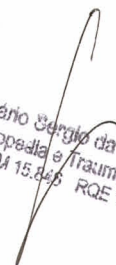
Caixa com 14 comprimidos.

:USO TÓPICO

Acheflan CREME

Cordia verbenacea DC ..... (1 Frasco)

Aplicar 3 vezes ao dia




Dr. Mário Sérgio da S. Miranda  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 15.846 RQE 10.850

Dr. Mario Sergio da Silva Miranda (CRM 15846)



## FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1261747	Atendimento	7442137	ID	
Nome	Kerolin Cardoso de Oliveira			Paciente:	1665635
CPF	05415154035	Identidade	6127577788	Religião	
Data Nascto	17/05/2003	Sexo	Feminino	Est. Civil	
Idade	18 anos e 5	Celular	983130593	CEP	89.245-000
Endereço	BR 101 KM 64	Bairro	Corveta	Cidade	Araquari
Responsável		CPF		Telefone	
Endereço		Clínica	Emergência Ortopédica	Hora	16:47
Data	07/11/2021			Dt.Validade	31/12/2021
Convênio	Escola Adventista	Cód.Usuário	1332005		
Guia	4410	Senha			
Funcionário	Laisy.L				
Obs. Conv.:	Cópia do documento + Autorização 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, 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, 7 de novembro de 2021



HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF