

 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)			
3498	Lais Cristina Zimmermann			
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador	Descrição	
R\$ 93,01	114175	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos	
R\$ 93,01	Total Reembolso			

IAESC
 Diretor Pessoal
 João Teodoro de Azevedo Júnior
 CPF: 05.19.04.029-38

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: Lais Cristina Zimmermann

Nº da Carteira: 13.3.3498

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 14/10/2006

Nº da Guia: 8856



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/10/2022	09:05:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

A aluna estava em atividade esportiva, na quadra externa, quando foi pegar uma bola no jogo de vôlei e caiu. Realizado gelo no local. A aluna sente dor no local ainda com edema e hematomas. Realizada avaliação física com o médico e enfermeira da escola. Aluna encaminhada para atendimento no hospital.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gisela	(47) 3447-7400
Kerolaine	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Syendra	03/11/2022

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 em atividade esportiva, na quadra externa, quando foi pegar uma bola no jogo de vôlei e caiu. Realizado gelo no local. A aluna sente dor no local ainda com edema e hematomas. Realizada avaliação física com o médico e enfermeira da escola. Aluna encaminhada para atendimento no hospital. Pais cientes pela equipe de preceptoria.

76.726.884/0044-68

IAESC
Dpto. Pessoal
João Teodoro de Azevedo Júnior
CPF: 050.064.029-38

Ass.:

Erenice Pereira De Araujo

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 - Saída 1 Nº 000.114.175 SÉRIE: 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 4222 1184 6834 8101 0059 5500 1000 1141 7512 2114 9110 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 342220228580994 - 03/11/2022 11:53:08 CNPJ 84.683.481/0100-59
NATUREZA DA OPERAÇÃO LANC. REGISTRADO EM EQUIP. CUPOM FISCAL		
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		CNPJ/CPF 15.116.763/0004-12	DATA DA EMISSÃO 03/11/2022
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447		BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730-070
MUNICÍPIO CURITIBA		FONE/FAX	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 03/11/2022
		UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA 11:53:04

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 108,42
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 14,51	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 93,91		

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
1000022595	DIPIRONA EMS C/10 CPR 1GR GEN [L:3A1752 Qt:1] [VL Desconto: R\$7,67]	30049069	0 41	5929	UN	1	21,57000000	21,57	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000007688	PACO C/24 CPR 500+30MG [L:804872 Qt:1] [VL Desconto: R\$6,84] (C1)	30049045	0 41	5929	UN	1	53,45000000	53,45	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000004333	ARTROSIL C/10 CAPS 160MG [L:2209000 Qt:1]	30049029	0 41	5929	UN	1	33,40000000	33,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricação do ECF: EP121810000000025028 COO: 365158 NFC-e nr. 4348652 Serie ECF Emitido em: 03/11/2022 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de cálculo de ICMS = 93,91 Valor do ICMS = 15,96 Valor do ICMS Desonerado: 11,27	RESERVADO AO FISCO
--	---------------------------

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Felipe Neves Campos (CRM 20308)

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

Paciente: **Lais Cristina Zimmermann**
Endereço: **Br 101, 17400 Corveta Araquari SC**
Data receita:
Prescrição:

Joinville, 03 de novembro de 2022

USO ORAL:

1. DIPIRONA 1G----- 1 CAIXA
TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS SE DOR.
- OU
2. PACO 30MG-----1 CAIXA
TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS SE DOR FORTE.
3. ARTROSIL 160MG-----1 CAIXA
TOMAR 1 COMPRIMIDO AO DIA (APÓS REFEIÇÃO) POR 5 DIAS.

USO LOCAL

COMPRESSA COM GELO POR 15 MINUTOS, 5 VEZES AO DIA POR 5 DIAS.

EM CASO DE PIORA DO SINTOMAS DIRIGIR-SE AO PRONTO-SOCORRO.

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

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
Iden.: Órg. Emissor:
End.:
Cidade: UF:
Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data: ____/____/____

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1286820	Atendimento	7885936	ID	
Nome	Lais Cristina Zimmermann	Sexo	Feminino	Paciente:	1697241
Mãe	Lucelia Bruning	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	8856
Data Nascto	14/10/2006	Cód.Usuário	1333498	Funcionário	Juliane.Silva
Idade	16 anos	Senha		Dt.Validade	30/12/2022
Data	03/11/2022	Hora	10:57	Responsável	Isac Cesar Fernandes
Convênio	Escola Adventista	Cbs. Conv.:	Autorização e cópia do dos 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, 3 de novembro de 2022

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF