



IAESC

INSTITUTO ADVENTISTA 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)

3643

Lia Marcia Junior Messele

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 57,27	119227	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos
R\$ 57,27	Total Reembolso		

IAESC

Dpto. Pessoal

João Teodoro de Azevedo Júnior

CPF: 054.004.029-38

RH - IAESC

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, 17 de maio de 2023

Tesouraria

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Lia Márcia Júnior Messele

Nº da Carteirinha: 13.3.3643

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 01/02/2008

Nº da Guia: 11139



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/05/2023	21:26:00	Piscina	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Afogamento	Cabeça

Descrição

Aluna em atividades recreativas, fora do período de aula, estava na piscina do colégio quando se afogou dentro da piscina, engoliu muita água e esta passando mal, vomitou um pouco, esta sentindo muita dor na cabeça.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Syendra	(47) 99773-0496
Marcos	(41) 99553-8912

Quem prestou primeiros socorros	Data
Syendra	06/05/2023

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

Observações

Aluna em atividades recreativas, fora do período de aula, estava na piscina do colégio quando se afogou dentro da piscina, engoliu muita água e esta passando mal, vomitou um pouco, esta sentindo muita dor na cabeça.

IAESC
Dpto. Pessoal
João Teodoro de Azevedo Júnior
CPF: 05.904.029-38
Ass: _____

Proceptoria FEM. IAESC

Erenice Pereira De Araujo

76.726.884/0044-68

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:

Rua: BR, 101 - KM 64, 17400
Bairro: Corveta - Cep: 89245-000
Araruama - Santa Catarina

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 CEP: 89204250 TELEFONE: 4734331518 	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 1 - Saída 1 Nº 000.119.227 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 4223 0584 6834 8101 0059 5500 1000 1192 2712 3235 0054 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 342230099820237 - 06/05/2023 23:18:00
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ 84.683.481/0100-59

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA		CNPJ/CPF 15.116.763/0004-12	DATA DA EMISSÃO 06/05/2023
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447	BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730-070	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 06/05/2023
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE/FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA 23:17:54

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 73,47
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 16,20	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 57,27		

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	
1000023672	ONDANSETRONA ALTHAIA C/10 CPR ORODISP 8MG GEN [L:23030118 Qt:1] [Vl. Desconto: R\$14,12]	30049069	5 40	5929	UN	1	48,69000000	48,69	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000000552	TROPINAL C/20 CPR 300+1+0,0065+0,104MG [L:3A1118 Qt:1] [Vl. Desconto: R\$2,08]	30049069	0 41	5929	UN	1	24,78000000	24,78	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricacao do ECF: EP122010000000034707 COO: 160903 NFC-e nr. 4428105 Serie ECF Emitido em: 06/05/2023 MD5: 7F9DBDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 22.70 Valor do ICMS = 3.86 Valor do ICMS Desonerado: 6,87	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

Joinville, 6 de maio de 2023.

Lia Marcia Junior Messele 3643

USO ORAL:

TROPINAL.....1 CX
TOMAR 1CP 8/8HRS, SE DOR.

USO SUB LINGUAL:

VONAU FLASH 8MG1 CX
TOMAR 1CP 8/8 HRS, SE NAUSEAS.

Dr. Afonso Augusto B. de S. Brito
CRM/SC - 16322

Dr. Afonso Augusto Braga de Souza Brito (CRM 16322)

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1302585
Nome Lia Marcia Junior Messele
Mãe Nao consta
Data Nascto 01/02/2008
Idade 15 anos e 3
Data 06/05/2023
Convênio Escola Adventista

Atendimento 8204173
Sexo Feminino
Clínica Emergência Clínica
Cód.Usuário 11139
Senha
Hora 22:46
Obs. Conv.: copia de doc em anexo

ID 
Paciente: 1714880
Guia
Funcionário Julia.Censi
Dt.Validade 31/12/2023
Responsável Deise Maria Barbosa

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, 6 de maio de 2023

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF