

 IAESC <small>INSTITUTO ADVENTISTA DE ENSINO DE SANTA CATARINA</small>	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)			
3892	Ligia dos Santos			
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador		Descrição
R\$ 35,94	116647	Cia Latino Americana de Medicamentos		Medicamentos
R\$ 35,94	Total Reembolso			


 IAESC
 Dpto. Pessoal
 João Teodoro de Azevedo Júnior
 CPE: 051.904.029-38
 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, 11 de maio de 2023

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ligia dos Santos
Nº da Carteira: 13.3.3892
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 05/05/2008

Nº da Guia: 9497

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/02/2023	14:26:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição

A aluna estava em atividade esportiva/recreativa quando teve uma torção sendo que recebeu primeiro atendimento pela enfermeira da escola e foi encaminhada para atendimento no hospital D. Helena.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Preceptora Grazy	(47) 3447-7480

Quem prestou primeiros socorros	Data
Syendra Rinaldi	12/02/2023

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/recreativa quando teve uma torção sendo que recebeu primeiro atendimento pela enfermeira da escola e foi encaminhada para atendimento no hospital D. Helena.

176.726.884/0044-68

Instituição Adventista
Sul Brasileira de Educação

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

Ass.: _____

João Teodoro de Azevedo Júnior

IAESC
Dpto. Pessoal
João Teodoro de Azevedo Júnior
CPF: 054.164.029-38

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
MEDICAMENTOSRUA BLUMENAU, 138
CENTRO
JOINVILLE
SC
CEP: 89204250
TELEFONE: 4734331518DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA0 - Entrada 1
1 - Saída 1
Nº 000.116.647
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO

4223 0284 6834 8101 0059 5500 1000 1166 4712 3162 1020

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz AutorizadoraNATUREZA DA OPERAÇÃO
LANC. REGISTRADO EM EQUIP. CUPOM FISCALPROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
342230032297139 - 12/02/2023 16:42:55INSCRIÇÃO ESTADUAL
254357601

INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA

CNPJ
84.683.481/0100-59

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE EDUCACAO		CNPJ/CPF 76.726.884/0044-68	DATA DA EMISSÃO 12/02/2023
ENDEREÇO BR 101 KM64, 17400	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	CEP 89245-000	DATA DE SAÍDA ENTRADA 12/02/2023
MUNICÍPIO ARAQUARI	FONE/FAX	UF SC	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA 16:42:52

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 50,28		
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 14,34	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 35,94

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 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	ALIQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
1000009813	IBUPROFENO PRATI C/30 CPR REV 600MG GEN [L:22J228 Qt:1] [VL.Desconto: R\$7,27]	30049029	0 41	5929	UN	1	28,71000000	28,71	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000005557	DIPIRONA NEO QUIMICA C/10 CPR 1000MG GEN [L:1N45742 Qt:1] [VL.Desconto: R\$7,07]	30049069	0 41	5929	UN	1	21,57000000	21,57	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricacao do ECF: EP121810000000024370 COO: 204193 CFE. Cupom Fiscal: 4389918-CF-ECF Emitido em: 12/02/2023 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 35,94 Valor do ICMS = 6,11 Valor do ICMS Desonerado: 6,11	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

Joinville, 12 de fevereiro de 2023.

Ligia dos Santos

USO ORAL

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

2 IBUPROFENO 600mg _____ 1 CX
1 CP 8/8 H 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	1294209	Atendimento	8043347	ID	
Nome	Ligia dos Santos	Sexo	Feminino	Paciente:	1706326
Mãe	Michele Crisitina Flores dos Santos	Clinica	Emergência Ortopédica	Guia	9497
Data Nascto	05/05/2008	Cód.Usuário	1333892	Funcionário	Leticia.Santos
Idade	14 anos e 9	Senha		Dt.Validade	31/12/2222
Data	12/02/2023	Hora	15:39	Responsável	Kerolayne Viana da Silva
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	Autorização e cópia do documento 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, 12 de fevereiro de 2023

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF