

 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)			
2602	Lovendy Bazile			
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador	Descrição	
R\$ 30,47	35024	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos	
R\$ 30,47	Total Reembolso			

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

RH - IAESC

Tesouraria

Araquari, 11 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: Lovendy Bazile

Nº da Carteira: 13.3.2602

Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 11/09/2002

Nº da Guia: 4178

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/10/2021	07:38:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Rosto

Descrição
O aluno estava jogando quando escorregou e bateu seu rosto no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Pastor Bruno	(47) 3447-7461

Quem prestou primeiros socorros	Data
Bruno Rederd	20/10/2021

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

Observações
O aluno foi atendido pelo preceptor após o choque que colocou gelo, mas por precaução será conduzido ao hospital

Ass.:

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

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

NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRÔNICA

Governo do Estado de Santa Catarina
Secretaria da FazendaChave de Acesso: 4221 1084 6834 8100 6108 6500 1000 0350 2412
1201 0104

Número NF-e: 35024

Data de Emissão: 25/10/2021 10:10:20-03:00

Dados da NFC-e

Modelo	Série	Número	Data de Emissão	Data Saída/Entrada	Valor Total da Nota Fiscal
65	1	35024	25/10/2021 10:10:20-03:00		30,47

Emitente

CNPJ	Nome / Razão Social	Inscrição Estadual	UF
84.683.481/0061-08	CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS	253282942	SC

Destinatário

CNPJ	Nome / Razão Social	Inscrição Estadual	UF
15.116.763/0004-12	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUD		PR
Destino da operação	Consumidor final	Presença do Comprador	
1 - Operação Interna	1 - Consumidor final	1 - Operação presencial	

Produtos

Descrição	Quantidade	Unid. Com.	Valor Unit.	Valor Prod
1 NIMESULIDA EURO C/12 CPR 100MG	1,0000	UN	28,78	28,78
2 DIPIRONA NEO QUIMICA C/10 CPR 1000MG GEN	1,0000	UN	19,43	19,43

Emissão

Processo	Versão do Processo	Tipo de Emissão	Finalidade
0 - com aplicativo do Contribuinte	000	1 - Normal	1 - Normal
Natureza da Operação	Tipo da Operação	Digest Value da NF-e	
VENDA MERC.ADQ.REC.TERC	1 - Saída	OqHxDsaWpGnSOvCoqnBFUDpFqJo=	

Situação Atual: AUTORIZADA (Ambiente de autorização: produção)

Eventos da NF-e	Protocolo	Data Autorização	Data Inclusão BD
Autorização de Uso	342210027099057	25/10/2021 às 10:10:22-03:00	-

Dados do Emitente

Nome / Razão Social	Nome Fantasia
CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS	DC JLLE MUELLER
CNPJ	Endereço
84.683.481/0061-08	RUA VISCONDE DE TAUNAY, 235 SALA 12/13
Bairro / Distrito	CEP
CENTRO	89201-908
Município	Telefone
4209102 - JOINVILLE	(47)3903-3012
UF	País
SC	1058 - BRASIL

Inscrição Estadual

253282942

Inscrição Estadual do Substituto Tributário

Inscrição Municipal

Município da Ocorrência do Fato Gerador do ICMS

4209102

CNAE Fiscal

Código de Regime Tributário

3 - Regime Normal

Dados do Destinatário

Nome / Razão Social

INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUD

CNPJ

15.116.763/0004-12

Endereço

JULIA DA COSTA, 1447

Bairro / Distrito

BIGORRILHO

CEP

Município

4106902 - CURITIBA

Telefone

UF

PR

País

1058 - BRASIL

Indicador IE

09 - Não Contribuinte, que pode ou não possuir Inscrição Estadual no Cadastro de Contribuintes do ICMS

Inscrição Estadual

Inscrição SUFRAMA

IM

E-mail

Dados dos Produtos e Serviços

Num.	Descrição	Qtd.	Unidade Comercial	Valor(R\$)
1	NIMESULIDA EURO C/12 CPR 100MG	1,0000	UN	28,78
2	DIPIRONA NEO QUIMICA C/10 CPR 1000MG GEN	1,0000	UN	19,43

Totais

ICMS			
Base de Cálculo ICMS	Valor do ICMS	Valor do ICMS Desonerado	Valor Total do FCP
30,47	5,18	0,00	0,00
Valor Total ICMS FCP	Valor Total ICMS Interestadual UF Destino	Valor Total ICMS Interestadual UF Rem.	Base de Cálculo ICMS ST
			0,00
Valor ICMS Substituição	Valor Total do FCP retido por ST	Valor Total do FCP retido anteriormente por ST	Valor Total dos Produtos
0,00	0,00	0,00	48,21
Valor do Frete	Valor do Seguro	Valor Total dos Descontos	Valor Total do II
0,00	0,00	17,74	0,00
Valor Total do IPI	Valor Total do IPI Devolvido	Valor do PIS	Valor da COFINS
0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Despesas Acessórias	Valor Total da NFe	Valor Aproximado dos Tributos	
0,00	30,47	9,78	

Dados do Transporte

Modalidade do Frete

9 - Sem Ocorrência de Transporte

Formas de Pagamento

Ind. Forma de Pagamento.

Meio de Pagamento

Valor do Pagamento

1 - Dinheiro

30,47

Informações Adicionais

XSLT: v4.0.4a

Formato de Impressão DANFE

4 - DANFE NFC-e

Informações Complementares de Interesse do Contribuinte

Descrição

CAIXA: 062803 CONTROLE: 7587 Operador: 3529 Vendedor: 3529

Informações Suplementares

QR-Code

https://sat.sef.sc.gov.br/nfce/consulta?p=422110846834810061086500100003502412120101042|1|1|EB9C7550650229A93A5B020BA3E5EA0E64100D91

URL NFC-e

https://sat.sef.sc.gov.br/nfce/consulta

Informações do Responsável Técnico pela emissão do DF-e

CNPJ

Nome da pessoa a ser contatada

E-mail

Telefone

84.683.481/0001-77

Jose Oscar Schimdt

oscar@clamed.com.br

4734619994

Dados de Nota Fiscal Avulsa

CNPJ

Repartição Fiscal do Emitente

Matrícula do Funcionário

Nome do Funcionário

Fone / Fax

UF

Número do Documento Arrecadação

Valor Total do Documento Arrecadação

Data de Emissão do Documento Arrecadação

Data do Pagamento do Documento Arrecadação

Joinville, 20 de outubro de 2021.

Sr. Iovendy Bazile

Uso Interno:

* *Dipirona 1g - 20 comprimidos*

Tomar um comprimido de 6 em 6 horas, durante 5 dias.

* *Nimesulida 100 mg - 10 comprimidos*

Tomar um comprimido de 12 em 12 horas, durante 5 dias

Dr. Tiago Forgjarini
Cirurgião Bucomaxilofacial
CRO-SC 13076

Dr. Tiago Stangarlin Forgjarini (CRM 13076)

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1260782	Atendimento	7426454	ID	
Nome	Iovendy Bazile			Paciente:	1664442
CPF	80024233994	Identidade		Religião	
Data Nascto	11/09/2002	Sexo	Masculino	Est. Civil	
Idade	19 anos e 1	Celular	999749776	CEP	89.245-000
Endereço	Rodovia Br 101 Km 64 17400	Bairro	Corveta	Cidade	Araquari
Responsável	Deise Maria Barbosa Nobre de	CPF	00820710474	Telefone	999749776
Endereço	Br 101 Km 64 174000,17400,	Clínica	Emergência Ortopédica		
Data	20/10/2021			Hora	09:33
Convênio	Escola Adventista	Cód.Usuário	1332602	Dt.Validade	20/10/2021
Guia	4178	Senha			
Funcionário	Ednair.F				
Obs. Conv.:	Guia + cópia de 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 a 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, 20 de outubro de 2021

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF