



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

3383

Nome Aluno (a)

Luanna Vieira de Brito

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 62,32	38093	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos
R\$ 130,00	35888	Clinica de Ortopedia e Traumatologia S/S Ltda	Medicamentos
R\$ 192,32		Total Reembolso	

IAESC
Dpto. Pessoal
João Teodoro de Azevedo Júnior
CPF: 059.904.029-38

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, 07 de junho de 2022

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Luanna Vieira de Brito
Nº da Carteira: 13.3.3383
Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 02/09/2005 **Nº da Guia:** 6292

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/05/2022	18:30:00	Pátio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

Aluna estava brincando de vôlei em uma rodinha, pulou para pegar a bola(bexiga) e caiu sobre o pé direito, torcendo. Teve uma crise de ansiedade com falta de ar e mãos frias, foi colocada na cadeira de roda e conduzida ao residencial. Foi atendida pela preceptora, fazendo uso de gelo e pomada para torção. Durante a noite relatou dor e inchaço no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Grazielly c. de a. Oliveira	(44) 99932-0001
Grazielly c. de a. Oliveira	(44) 99932-0001

Quem prestou primeiros socorros	Data
Grazielly c. de a. Oliveira	23/05/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Aluna estava brincando de vôlei em uma rodinha, pulou para pegar a bola(bexiga) e caiu sobre o pé direito, torcendo. Teve uma crise de ansiedade com falta de ar e mãos frias, foi colocada na cadeira de roda e conduzida ao residencial. Foi atendida pela preceptora, fazendo uso de gelo e pomada. Durante a noite relatou dor e inchaço no local, sendo encaminhada para avaliação medica.

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

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

GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrihlo - 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 Fazenda

Chave de Acesso: 4222 0584 6834 8100 8070 6500 1000 0380 9312 2151 5210 Número NF-e: 38093

Data de Emissão: 23/05/2022 15:21:15-03:00

Dados da NFC-e

Modelo	Série	Número	Data de Emissão	Data Saída/Entrada	Valor Total da Nota Fiscal
65	1	38093	23/05/2022 15:21:15-03:00		62,32

Emitente

CNPJ	Nome / Razão Social	Inscrição Estadual	UF
84.683.481/0080-70	CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS	254082750	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 FLANCOX C/14 CPR REV 500MG	1,0000	UN	46,42	46,42
2 LISADOR DIP C/10 CPR 1000MG	1,0000	UN	21,18	21,18

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	XvknIEbhrzZHwdggZ2263aTNIAs=	

Situação Atual: AUTORIZADA (Ambiente de autorização: produção)

Eventos da NF-e	Protocolo	Data Autorização	Data Inclusão BD
Autorização de Uso	<u>342220091449506</u>	23/05/2022 às 15:21:17-03:00	23/05/2022 às 15:45:30

Dados do Emitente

Nome / Razão Social	Nome Fantasia
CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS	DC JLLE GETULIO VARGAS
CNPJ	Endereço
84.683.481/0080-70	AV GETULIO VARGAS, 282
Bairro / Distrito	CEP
ANITA GARIBALDI	89202-000
Município	Telefone
4209102 - JOINVILLE	(47)3433-7840
UF	País
SC	1058 - BRASIL

Inscrição Estadual	Inscrição Estadual do Substituto Tributário
254082750	
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	Endereço
15.116.763/0004-12	JULIA DA COSTA, 1447
Bairro / Distrito	CEP
BIGORRILHO	
Município	Telefone
4106902 - CURITIBA	
UF	País
PR	1058 - BRASIL
Indicador IE	Inscrição Estadual
09 - Não Contribuinte, que pode ou não possuir Inscrição Estadual no Cadastro de Contribuintes do ICMS	Inscrição SUFRAMA
IM	E-mail

Dados dos Produtos e Serviços

Num.	Descrição	Qtd.	Unidade Comercial	Valor(R\$)
1	FLANCOX C/14 CPR REV 500MG	1,0000	UN	46,42
2	LISADOR DIP C/10 CPR 1000MG	1,0000	UN	21,18

Totais

ICMS			
Base de Cálculo ICMS	Valor do ICMS	Valor do ICMS Desonerado	Valor Total do FCP
62,32	10,59	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	67,60
Valor do Frete	Valor do Seguro	Valor Total dos Descontos	Valor Total do II
0,00	0,00	5,28	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	62,32	19,94	

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	100,00

Informações Adicionais

XSLT: v4.0.4a

Formato de Impressão DANFE

4 - DANFE NFC-e

Informações Complementares de Interesse do Contribuinte**Descrição**

CAIXA: 070205 CONTROLE: 3154 Operador: 156046 Vendedor: 156046 VOCE ECONOMIZOU: 5,28

Informações Suplementares**QR-Code**<https://sat.sef.sc.gov.br/nfce/consulta?p=42220584683481008070650010000380931221515210|2|1|1|376B42D68EBF646DA2C95AA73226A364083C3FE5>**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**



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA
 NOTA FISCAL DE SERVIÇOS - ELETRÔNICA (Nf-em)

Número da NF-em
35888

Data e Hora de Emissão
23/05/2022 15:04

Código de Verificação
**D04262CC-797F-38BF-
 9560-9E8EB69AA7DE**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **83.179.473/0001-25** Inscrição Municipal: **6290**
 Razão Social: **CLÍNICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA S/S LTDA**
 Nome Fantasia: **COT**
 Endereço: **RUA RIO DO SUL 91 - BUCAREIN**
 CEP: **89202-201** Inscrição Estadual:
 Município: **JOINVILLE** Estado: **SC**

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **15.116.763/0004-12** Inscrição Municipal:
 Nome/Razão Social: **INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAÚDE**
 Endereço: **RUA ALAMEDA JULIA DA COSTA 1447 - BIGORRILHO**
 CEP: **80730-070** Inscrição Estadual:
 Município: **CURITIBA** Estado: **PR**

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

retirada robofoot
 r\$130,00

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 130,00

Código do Serviço: **4.03** - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros.

Valor Retenções (R\$)	Base Cálculo ISS (R\$)	Aliquota ISS (%)	Valor do ISS (R\$)	
0,00	130,00	2,00%	2,60	
PIS (0,00 %)	COFINS (0,00 %)	INSS (0,00 %)	IR (0,00 %)	CSLL (0,00 %)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NF-em foi gerada com fundamento na Lei Complementar Municipal n. 286, de 21 de novembro de 2008, regulamentada pelo Decreto Municipal n. 30.798, de 08 de março de 2018.



Dr. Braulio Cesar da Rocha Barbosa

Diretor Técnico Médico

CRM - SC 3379

Agende suas consultas e exames online através do
www.donahelena.com.br/agendaonline

Joinville, 23 de maio de 2022.

Luanna Vieira de Brito

LISADOR DIP ----- 01 CAIXA
TOMAR 01 COMPRIMIDO, 6/6 HORAS SE DOR

FLANCOX 500 MG ----- 01 CAIXA
TOMAR 01 COMPRIMIDO, 12/12 HORAS POR 5 DIAS

Dr. Cassio Hiraga
Ortopedia e Traumatologia
CRM/SC 28623 / TEOT 16767

Dr. Cassio Kenji Hiraga (CRM 28623)

Joinville, 23 de maio de 2022.

Luanna Vieira de Brito

SOLICITO ROBOFOOT

Nº 40


Dr. Cassio Hiraga
Ortopedia e Traumatologia
CRM/SC 28623 / TEOT 16767

Dr. Cassio Kenji Hiraga (CRM 28623)

Joinville, 23 de maio de 2022.

Luanna Vieira de Brito

ORIENTAÇÕES DE RETORNO AMBULATORIAL

MARCAR RETORNO AMBULATORIAL NO CDO COM PARA REAVALIAÇÃO COM EQUIPE DE ORTOPEDIA DO HOSPITAL DONA HELENA

RETORNO EM 02 SEMANAS

ESPECIALISTA DO PÉ E TORNOZELO: DR CÁSSIO HIRAGA

RETORNO ANTES NO PS OU AMBULATORIAL NO CDO COM PARA REAVALIAÇÃO SE NECESSÁRIO

PARA MARCAR CONSULTA:

POR TELEFONE: (47) 3451-3322 / 3451-3321

PELO SITE www.hospitaldonahelena.com.br/agendaonline

LOCAL:

HOSPITAL DONA HELENA

CDO – CENTRO DE DIAGNOSTICO ORTOPÉDICO (10º ANDAR)


RUA BLUMENAU, 123 - CENTRO - JOINVILLE – SC

Dr. Cassio Hiraga
Ortopedia e Traumatologia
CRM/SC 28623 / TEOT 16767

Dr. Cassio Kenji Hiraga (CRM 28623)



FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1274704	Atendimento	7639442	ID Paciente:	 1681826
Nome	Luanna Vieira de Brito	Identidade	7024973	Religião	
CPF	10713111909	Sexo	Feminino	Est. Civil	
Data Nascto	02/09/2005	Celular	984617166	CEP	89.245-000
Idade	16 anos e 8	Bairro	Corveta	Cidade	Araquari
Endereço	BR 101	CPF	64321002834	Telefone	981184101
Responsável	Olivaldo Leitzke	Clínica	Emergência Ortopédica		
Endereço	,64,,				
Data	23/05/2022			Hora	09:09
Convênio	Escola Adventista	Cód.Usuário	1333383	Dt.Validade	23/05/2022
Guia	6292	Senha			
Funcionário	Juliane.Silva				
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, 23 de maio de 2022