

 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)			
2862	Manuela Cassia Batista			
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador	Descrição	
R\$ 162,92	112172	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos	
R\$ 75,00	1739	Hospital Comercio de Materiais Medicos Ltda EPP	Tipóia Estoafada	
R\$ 237,92	Total Reembolso			

IAESC
Dpto. Pessoal
João Teodoro de Azevedo Júnior
CPF: 054.004.029-38

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, 30 de agosto de 2022

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Manuela Cassia Batista

Nº da Carteira: 13.3.2862

Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 30/01/2006

Nº da Guia: 7582

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/08/2022	11:22:00	campo de futebol	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Ombro Esquerdo, Braço Esquerdo

Descrição

A aluna estava em horário de aula, jogando futebol de campo, quando se chocou com uma colega de jogo. Caiu, batendo com o lado Edo corpo e a cabeça. Aluna refere muita dor. Realizado gelo no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Paula	(47) 3447-7480
Syendra Oliveira	(47) 99773-0496

Quem prestou primeiros socorros	Data
Syendra	30/08/2022

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 horário de aula, jogando futebol de campo, quando se chocou com uma colega de jogo. Caiu, batendo com o lado E do corpo e a cabeça. Aluna refere muita dor. Realizado gelo no local. Pais sendo comunicados pelo André do escolar.

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

Ass.:

Syendra Rinaldi Oliveira

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

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

Recebemos de HOSPITALARES COMERCIO DE MATERIAIS MEDICOS LTDA os produtos/serviços constantes na nota fiscal indicada ao lado Emissão: 30/08/2022 - Dest.: HOSPITALARES COMERCIO DE MATERIAIS MEDICOS LTDA EPP - Valor Total: 75,00												NF-e Nº: 000.001.739 SÉRIE: 1							
DATA DE RECEBIMENTO				IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR															
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE												DANFE							
HOSPITALARES COMERCIO DE MATERIAIS MEDICOS LTDA EPP RUA: LAGES, 649 SALAS 05 E 06 CENTRO - 89201 - 205 Joinville - SC Telefone: 4734342800												Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº: 000.001.739 SÉRIE: 1 FOLHA 1/1				CHAVE DE ACESSO			
																4222 0811 6045 9300 0111 5500 1000 0017 3916 6710 0003			
												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			
																342220178504440 30/08/2022 15:03:44			
NATUREZA DA OPERAÇÃO				INSCRIÇÃO ESTADUAL				INSCRIÇÃO EST. DO SUBST. TRIBUTARIO				C.P.F./C.N.P.J.							
Devolucao				256043124								11.604.593/0001-11							
DESTINATÁRIO/REMETENTE												CNPJ/CPF				DATA DA EMISSÃO			
NOME/RAZÃO SOCIAL												11.604.593/0001-11				30/08/2022			
HOSPITALARES COMERCIO DE MATERIAIS MEDICOS LTDA																			
ENDEREÇO						BAIRRO				CEP				DATA DA ENTRADA/SAÍDA					
RUA LAGES, 649 SL 5/6						CENTRO				89201 - 205				30/08/2022					
MUNICIPIO						FONE/FAX				UF		IE		HORA DA SAÍDA					
JOINVILLE						(47) 3434-2800				SC		256043124		15:01:57					
CÁLCULO DO IMPOSTO																			
BASE DE CALC DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE CALC DO ICMS ST		VALOR DO ICMS ST		VALOR APROX. TRIB.		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS									
0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		75,00									
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		DESCONTO		OUTRAS DESP. ACESS.		VALOR DO IPI		VALOR TOTAL DA NOTA									
0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		75,00									
DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS																			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO			NCM/SH	CSOSN	CFOP	UND	QTD	VL. UNIT.	VL. TOTAL	DESC.	VL. TOT. LIQ.	B. C. ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	ICMS	IPI	VL. APX	
725	TIPOIA ESTOFADA VELPEAU P - Barras: 7898601060768			90211010	0102	1202	UN	1,00	75,00	75,00	0,00	75,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
DADOS ADICIONAIS												RESERVADO AO FISCO							
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES																			
Operador: CAIXA MD-5:86B4AC932EF2D98A79B4760F3312174B CF referenciado - Co: 15773 Ecf: 2 Emissao: 30/08/2022 Numero de fabricacao do ECF: EP12201000000035057 CFOP 1202 = R\$75,00; Cupom Fiscal: 13855 ECF: 002; Valor do IPI devolvido: 0 Não há cobrança do Fundo Estadual de Combate à Pobreza e às Desigualdades																			

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 000.112.172 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 4222 0884 6834 8101 0059 5500 1000 1121 7212 2142 5080 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO	
LANC. REGISTRADO EM EQUIP. CUPOM FISCAL		342220178464132 - 30/08/2022 14:38:52	
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTÁRIA	CNPJ	
254357601		84.683.481/0100-59	

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL		CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE		15.116.763/0004-12	30/08/2022
ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DE SAÍDA/ENTRADA
ALAMEDA JULIA DA COSTA, 1447	BIGORRILHO	80730-070	30/08/2022
MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	HORA DE SAÍDA
CURITIBA		PR	14:38:45

FATURA

CÁLCULO DO IMPOSTO		BASE DE CÁLCULO ICMS ST		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
BASE DE CÁLCULO DE ICMS		0,00		0,00	188,82
0,00		0,00		0,00	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
0,00	0,00	25,90	0,00	0,00	0,00
					VALOR TOTAL DA NOTA
					162,92

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ/CPF
RAZÃO SOCIAL		9-Sem Frete				
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	
1000022595	DIPIRONA EMS C/10 CPR 1GR GEN [L:SL384814 Qt:1] [Vl. Desconto: R\$9,67]	30049069	0 41	5929	UN	1	21,57000000	21,57	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000018747	BEXAI C/20 CAPS 35MG [L:SL384814 Qt:1] [Vl. Desconto: R\$1,25]	30049039	0 41	5929	UN	1	124,70000000	124,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000010142	PARACETAMOL+CODEINA EMS C/24 CPR 500+30MG GEN [L:SL384814 Qt:1] [Vl. Desconto: R\$14,98] (C1)	30044940	0 41	5929	UN	1	42,55000000	42,55	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 Nr. Fabricação do ECF: EP122010000000034707
 COO: 102545
 NFC-e nr. 4324213 Serie ECF Emitido em: 30/08/2022
 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156
 Base de cálculo de ICMS = 162,92
 Valor do ICMS = 27,70 Valor do ICMS Desonerado: 19,55

RESERVADO AO FISCO



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Guilherme Augusto Stirma (CRM 27722)

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

Joinville, 30 de agosto de 2022

Paciente: **Manuela Cassia Batista**
Endereço: **Av. Itajuba , 875 Apto 102 Itajuba Barra Velha SC**
Data receita:
Prescrição:

BEXAI 35MG
BEXAI 35MG (1 CAIXA)
TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 8/8 HORAS POR 5 DIAS

NOVALGINA
DIPIRONA 1G..... (1 CAIXA)
TOMAR 1 COMPRIMIDO 6/6 HORAS

AGUD(24 COMPRIMIDOS)
PARACETAMOL + CODEÍNA (500MG + 30MG)
TOMAR 1 COMPRIMIDO 8/8 HORAS SE DOR FORTE

TIPOIA DE LONA - UTILIZAR TODO TEMPO

RETORNO AO PS SE NECESSÁRIO. CASO SINTOMAS DE AGRAVO

u64526

Dr. Guilherme A. Stirma
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
Ortopedia e Traumatologia
CRM - SC 27722

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome:			
Iden.:	Órg. Emissor:		
End.:			
Cidade:	UF:		Data: ____/____/____
Telefone:		Assinatura do Farmacêutico	

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1282018
Nome **Manuela Cassia Batista**
Mãe Rita de Cassia Fagundes
Data Nascto 30/01/2006
Idade 16 anos e 7
Data 30/08/2022
Convênio Escola Adventista

Atendimento 7784320
Sexo Feminino
Clinica Emergência Ortopédica
Cód.Usuário 1332862
Senha
Hora 12:40
Obs. Conv.: Cópia dos documentos e Guia AME em anexo

ID 
Paciente: 1691164
Guia 7582
Funcionário Kamila.Z
Dt.Validade 30/08/2022
Responsável Isac Cesar Fernandes

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, 30 de agosto de 2022

Joinville, 30 de agosto de 2022.

Manuela Cassia Batista

ORIENTAÇÕES DE RETORNO AMBULATORIAL

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

ESPECIALISTA DO PÉ E TORNOZELO: DR CÁSSIO HIRAGA

ESPECIALISTA DO JOELHO: DR VITOR COROTTI, DR FELIPE NEVES

ESPECIALISTA DO QUADRIL: DR TAIUA MILAN

ESPECIALISTA DA COLUNA: DR GUILHERME ZANDAVALLI, DR FELIPE NANNI, DR FELIPE MARTINS

ESPECIALISTA DO OMBRO E COTOVELO: DR GUILHERME STIRMA, DR JAN TAMANINI

ESPECIALISTA DA MÃO: DR REYNALDO LEMOS, DRA ALINE GAFURI, DR MARCIO FIALLA

ESPECIALISTA ORTOPEDIATRICA: DRA HELENA STEIN

ESPECIALISTA RECONSTRUÇÃO ÓSSEA: DR LEONARDO GUBERT

ESPECIALISTA EM TUMOR ÓSSEO: DR ALVARO FERREIRA

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. Guilherme Augusto Stirma (CRM 27722)

Joinville, 30 de agosto de 2022.
Emergência Ortopédica

Manuela Cassia Batista

Atesto, para os devidos fins, que o Sr(a) **Manuela Cassia Batista** necessita de (Quatro) dia(s) de afastamento de **atividades escolares**, a partir desta data, por motivos de saúde.

Atendimento: 7784320

Dr. Guilherme A. Stirma
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SC: 27722 TEOT: 14453

Dr. Guilherme Augusto Stirma (CRM 27722)