

**IAESC**INSTITUTO ADVENTISTA DE
ENSINO DE SANTA CATARINA**Favorecido****CNPJ****Banco****Agencia****C. Corrente****Instituição Adventista Sul Brasileira de Educação - IAESC****76.726.884/0044-68****237 - Bradesco****2693****11272-0****Dados do reembolso - Seguro Aluno****Código**

2458

Nome Aluno (a)

Marcela Moreira Medina

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 52,16	108492	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos

R\$ 52,16**Total Reembolso****IAESC**

Dpto. Pessoal

João Teodoro de Azevedo Júnior

CPF: 054.904.029-38

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, 20 de abril de 2022

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Marcela Moreira Medina

Nº da Carteira: 13.3.2458

Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 30/06/2005

Nº da Guia: 5705

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/04/2022	17:15:00	Escada	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Pé Direito

Descrição
Aluna estava descalço e chutou a escada sem querer.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Pedro	(47) 3447-7400

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

Observações
Aluna foi atendida e colocada gelo no local.

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

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 000.108.492 SÉRIE: 1 FOLHA: 1 de 1		 CHAVE DE ACESSO 4222 0484 6834 8101 0059 5500 1000 1084 9212 2200 9045 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 342220072041976 - 11/04/2022 20:54:23	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601		INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA		CNPJ 84.683.481/0100-59	

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE				CNPJ/CPF 15.116.763/0004-12		DATA DA EMISSÃO 11/04/2022	
ENDEREÇO ALAMEDA JULIA DA COSTA, 1447				BAIRRO DISTRITO BIGORRILHO		CEP 80730-070	
MUNICÍPIO CURITIBA				FONE/FAX (41) 3240-2942		UF PR	
				INSCRIÇÃO ESTADUAL		DATA DE SAÍDA/ENTRADA 11/04/2022	
						HORA DE SAÍDA 20:54:16	

FATURA
CÁLCULO DO IMPOSTO

CÁLCULO DO IMPOSTO									
BASE DE CÁLCULO DE ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO ICMS ST		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00		0,00		0,00		0,00		61,95	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS		VALOR TOTAL DA NOTA		
0	0	9,79	0,00	0,00	0,00		52,16		

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	
74423	ESPARADRAPO CREMER 5CMX4,5M BRANCO	30051030	0 41	5929	UN	1	12,89000000	12,89	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
698682	CETOPROFENO MEDLEY C/20 CPR REV 100MG [Vl. Desconto: R\$9,79]	30049029	0 41	5929	UN	1	41,49000000	41,49	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
534009	COMPRESSA GAZE CREMER C/5 NAO ESTERIL	30059090	0 41	5929	UN	2	2,29000000	4,58	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
691030	ATADURA CREMER CYSNE 8CMX1,8M	30059090	0 41	5929	UN	1	2,99000000	2,99	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricação do ECF: EP122010000000034707 COO: 72465 NFC-e nr. 4260906 Serie ECF Emitido em: 11/04/2022 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de cálculo de ICMS = 52,16 Valor do ICMS = 8,87 Valor do ICMS Desonerado: 6,26	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

Joinville, 11 de abril de 2022.

Marcela Moreira Medina

USO INTERNO

1) CETOPROFENO 100MG ----- 1 CX
TOMAR 1 COMP, VIA ORAL, DE 12/12H POR 5 DIAS (APÓS REFEIÇÃO).

+ COMPRESSAS FRIAS 20MIN 3-4X AO DIA, POR 48H

+ MANTER ESPARADRAPAGEM POR 2 SEMANAS, APÓS CONFORME DOR

+ EVITAR ATIVIDADE FISICA POR 6 SEMANAS

Dra. Aline Gafuri
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM-SC 27868/TEOT 16062
RQE 18171/19-2019

Dra. Aline Mariana Gafuri (CRM 27868)

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1271692

Nome **Marcela Moreira Medina**

CPF 07427554957

Data Nascto 30/06/2005

Idade 16 anos e 9

Endereço Rua João Batista Palu 20

Responsável Tatiane Grazielle Salvador Rodrigues

Endereço Dr Adolfo Bezerra de Menezes ,575,

Data 11/04/2022

Convênio Escola Adventista

Guia 5705

Funcionário Carolina.B

Obs. Conv.: guia em anexo

Atendimento 7590592

Identidade

Sexo Feminino

Celular 995994715

Bairro Cidade Industrial

CPF 09299198900

Clínica Emergência Ortopédica

Cód.Usuário 1332458

Senha

ID

Paciente: 1678060

Religião

Est. Civil

CEP 81.450-460

Cidade Curitiba

Telefone 996139668

Hora 19:39

Dt.Validade 11/04/2022

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, 11 de abril de 2022

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF