

**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**

3354

Nome Aluno (a)

Marcos Eduardo de Moura Filgueira

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 495,00	346459	Centro Oftalmológico Sag S/S	Consulta Oftalmologica
R\$ 41,59	19817	A. Angeloni e Cia Ltda. (Farmacias Angeloni)	Medicamentos
R\$ 536,59	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 EducaçãoRua: BR, 101 - KM 64, 17400
Bairro: Corveta - Cep: 89245-000
Araquari - Santa Catarina

Araquari, 26 de Maio de 2022

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Marcos Eduardo de Moura Filgueira
Nº da Carteira: 13.3.3354
Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 03/04/2007

Nº da Guia: 6258.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
19/05/2022	14:42:00	Sala de Aula	avião de papel atingiu o olho

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

Descrição

O aluno estava em sala de aula ontem, quando um colega lançou um avião de papel e o mesmo atingiu o olho D do aluno. Desde então sente desconforto, dor e vermelhidão no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Pedro Beck	(47) 3447-7480
Reginaldo Oliveira	(47) 99773-0446

Quem prestou primeiros socorros	Data
Syendra	19/05/2022

Local de atendimento
Outro (Não Credenciado)

Motivo do Retorno

Ao ser atendido no Hospital Dona Helena pelo Dr. Werner Fabiano Walterkemper Alano (CRM-27080), foi solicitado encaminhamento especializado junto ao Sadalla - Hospital de Olhos Sadalla Amin Ghanem. Sendo encaminhado hoje dia 20/05/2022.

76.726.884/0044-68

IAESC

Dpto. Pessoal

João Teodoro de Azevedo Júnior
CPF: 054.904.029-38

Ass.:

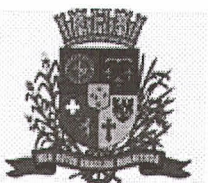
João Teodoro de Azevedo Júnior

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
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

**PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE**

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS - ELETRÔNICA (Nf-em)

(CONVERSÃO DO RPS Nº 349878 SÉRIE 1a, EMITIDO EM 20/05/2022)

Número da NF-em

346459

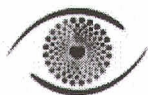
Data e Hora de Emissão

20/05/2022 10:41

Código de Verificação

3A6277D3-6F49-4247-

89C2-785A7A3C9E07

HOSPITAL DE OLHOS
SADALLA AMIN GHANEM**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: 79.371.027/0001-40

Inscrição Municipal: 10691

Razão Social: CENTRO OFTALMOLÓGICO SAG S/S

Nome Fantasia: CENTRO

Endereço: RUA DESEMBARGADOR NELSON NUNES GUIMARÃES 910 - ATIRADORES

CEP: 89203-060

Inscrição Estadual:

Município: JOINVILLE

Estado: SC

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: 15.116.763/0004-12

Inscrição Municipal:

Nome/Razão Social: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Endereço: JULIA DA COSTA 1447 - BIGORRILHO

CEP: 80730-070

Inscrição Estadual:

Município: CURITIBA

Estado: PR

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Marcos Eduardo Moura Filgueira 09707996595 Consulta Oftalmologica Completa Período de
fechamento 20/05/2022 a 20/05/2022 NOS TERMOS DA LEI 12.741/2012, INFORMAMOS AOS CONSUMIDORES QUE
OS VALORES APROXIMADOS DOS TRIBUTOS E DE 16,79 % - FONTE IBPT.

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 495,00

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

Valor Retenções (R\$)		Base Cálculo ISS (R\$)		Alíquota ISS (%)		Valor do ISS (R\$)			
0,00		495,00		2,00%		9,90			
PIS (0,00 %)		COFINS (0,00 %)		INSS (0,00 %)		IR (0,00 %)		CSLL (0,00 %)	
3,22		14,85		0,00		0,00		4,95	

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.

- Esta NF-em substitui o RPS Nº 349878 Série 1a, emitido em 20/05/2022.



A. ANGELONI E CIA. LTDA, RUA MINISTRO
CALOGERAS, 1639, CEP:89.202-005, ANITA
GARIBALDI, JOINVILLE, SC

F1111 LJ23

DANFE
DOCUMENTO
AUXILIAR DA
NOTA FISCAL
0 - ENTRADA 1
1 - SAÍDA
Nº: 000.019.817
SÉRIE: 001
FOLHA: 1 de 1



CHAVE DE ACESSO

4222 0583 6469 8400 7384 5500 1008 0198 1710 0041 7158

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO

OPERACAO TAMBEM REGISTRADA ECF

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

342220100915197 - 20/05/2022 11:36:12

INSCRIÇÃO ESTADUAL

255614624

INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ/CPF

83.646.984/0073-84

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

INTITUICA A O ADVENTISTA SUL BRASILEIRA

CNPJ/CPF/Estrangeiro

15.116.763/0004-12

DATA DE EMISSÃO

20/05/2022

ENDEREÇO

AL JULIA DA COSTA, 1447

BAIRRO/DISTRITO

BIGORRILHO

CEP

80.730-070

DATA DE SAÍDA/ENTRADA

20/05/2022

MUNICÍPIO

CURITIBA

FONE/FAX

UF

PR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

11:35:15

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME/RAZÃO SOCIAL

CNPJ/CPF/Estrangeiro

83.646.984/0073-84

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO

RUA MINISTRO CALOGERAS, 1639

BAIRRO/DISTRITO

ANITA GARIBALDI

CEP

MUNICÍPIO

JOINVILLE

UF

SC

FONE/FAX

FATURA/DUPPLICATA

FORMA DE PAGAMENTO:

CÁLCULO DE IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

41,59

VALOR DO ICMS

4,99

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS ST

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

41,59

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NF-e

41,59

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

9 - Sem Transporte

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

1

ESPÉCIE

UNID

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

0,000

PESO LÍQUIDO

0,000

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QTD.	VLR. UNIT	VLR. TOTAL	BC. ICMS	VLR ICMS	VLR. IPI	ALÍQUOTA	
												ICMS	IPI
M1836552	MAXIFLOX D SUSP OFT LATINFARMA 5ML	30049069	000	5929	UN	1,0000	41,5900	41,59	41,59	4,99		12,00	

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

Impresso pela solução Notamax versão 1.333

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES NSU 22697. VL. APROX. TRIB. FED 5.59 EST 7.42 RESERVADO AO FISCO

TOT. TRIB 13.08 FONTE IBPT 40CA7E. VENDA REALIZADA CUPOM FISCAL 127031

PDV 8 DATA 20 05 2022 ECF EP122010000000035380.

NOME DO DESTINATÁRIO

CNPJ DO DESTINATÁRIO

DATA DE EMISSÃO

VALOR TOTAL DA NF-e

CNPJ:

83.646.984/0073-84

Joinville, 19 de maio de 2022.

Marcos Eduardo Moura Filgueira

AO HOSP DE OLHOS;

TRAUMA EM OLHO DIREITO HA 24 HS
APRESENTA HIPEREMIA CONJUNTIVAL
SOLICITO AVALIAÇÃO E CONDUTA



Werner F.W. Alano
Médico
CRM-SC 27080

Dr. Werner Fabiano Waterkemper Alano (CRM 27080)



HOSPITAL DE OLHOS
SADALLA AMIN GHANEM

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Virgilio Figueiredo Silva (CRM 20367)

Rua Camboriú, 35,
Fone: 3481-5333
Joinville - SC

Paciente: **Marcos Eduardo Moura Filgueira**

Endereço: **Rua Br 101 km 64 , 17400 instituição Corveta**

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL
1ª VIA FARMACIA 2ª VIA PACIENTE

Joinville, 20/05/2022 11:00:15

USO OCULAR

1. MAXIFLOX D — COLÍRIO

01 GOTA 06/06 H 7 DIAS NO OLHO DIREITO.

Dr. Virgilio Figueiredo Silva
Oftalmologista
CRM 20367

Virgilio Figueiredo Silva (CRM 20367)

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Iden.:

Órg. Emissor:

End.:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. do Farmacêutico

Data: ____/____/____

Rua Camboriú, 35 (Eixo Marquês de Olinda) • Glória • 89216-222 • Joinville • SC • Brasil
Fone: 47 3481-5333 • www.sadalla.com.br   

Dra. Veralúcia Ferreira Oliveira | Responsável Técnica - Oftalmologista | CRM-SC 4160 / RQE 1972

Opty
Olhar pelos seus olhos



7636478

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1274506	Atendimento	7636478	ID	
Nome	Marcos Eduardo Moura Filgueira			Paciente:	1681584
CPF	09707996595	Identidade		Religião	
Data Nascto	03/04/2007	Sexo	Masculino	Est. Civil	
Idade	15 anos e 1	Celular	997730446	CEP	89.245-000
Endereço	Br 101 KM 64 17400	Bairro	Corveta	Cidade	Araquari
Responsável	Claudeci Rodrigues Favacho	CPF	12761639910	Telefone	997730446
Endereço	BR 101 Km64,17400,,casa	Clínica	Emergência Clínica		
Data	19/05/2022				
Convênio	Escola Adventista	Cód.Usuário	1333354	Hora	16:48
Guia	6258	Senha		Dt.Validade	30/12/2022
Funcionário	Carolina.C				
Obs. Conv.:	Guia Autorizada 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, 19 de maio de 2022

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF