



**IAESC**

INSTITUTO ADVENTISTA DE  
ENSINO DE SANTA CATARINA

<b>Favorecido</b>	Instituição Adventista Sul Brasileira de Educação - IAESC
<b>CNPJ</b>	76.726.884/0044-68
<b>Banco</b>	237 - Bradesco
<b>Agencia</b>	2693
<b>C. Corrente</b>	11272-0

**Dados do reembolso - Seguro Aluno**

**Código**

3438

**Nome Aluno (a)**

Matheus Correa dos Santos

**Descrição dos Gastos**

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 60,96	106802	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos

**R\$ 60,96**

**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: Cerveta - Cep: 89245-000  
Araquari - Santa Catarina

Araquari, 21 de março de 2022



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Matheus Correa dos Santos  
**Nº da Carteira:** 13.3.3438  
**Instituição:** Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

**Data de Nascimento:** 24/02/2006      **Nº da Guia:** 4807

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/01/2022	21:45:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

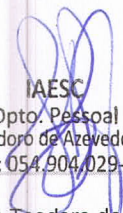
O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Ombro Esquerdo

**Descrição**  
Deslocamento do ombro esquerdo durante jogo de futsal.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Reginaldo Oliveira	(47) 99773-0446

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

**Observações**  
Deslocamento do ombro esquerdo durante jogo de futsal.

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: Cerveta - 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 LATINA 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 000.106.802

SÉRIE : 1

FOLHA: 1 de 1



CHAVE DE ACESSO

4222 0184 6834 8101 0059 5500 1000 1068 0212 2013 6010

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  
**342220018782967 - 30/01/2022 01:14:53**

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
254357601

INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA

CNPJ

84.683.481/0100-59

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

NOME/RAZÃO SOCIAL <b>CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA</b>		CNPJ/CPF 15.116.763/0004-12	DATA DA EMISSÃO 30/01/2022
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447	BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730-070	DATA DE SAÍDA ENTRADA 30/01/2022
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE/FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA DE SAÍDA 01:14:46

**FATURA**

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 60,96
VALOR DO FRETE 0	VALOR DO SEGURO 0	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
			VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 60,96

**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	
732594	LISADOR DIP C/10 CPR 1000MG	30049069	0 41	5929	UN	1	19,10000000	19,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
731142	FLANCOX C/14 CPR REV 500MG	30049079	0 41	5929	UN	1	41,86000000	41,86	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
Nr. Fabricação do ECF: EP121810000000025028  
COO: 274480  
NFC-e nr. 4231048 Serie ECF Emitido em: 30/01/2022  
MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156  
Base de cálculo de ICMS = 60,96  
Valor do ICMS = 10,36 Valor do ICMS Desonerado: 7,31

RESERVADO AO FISCO



*Joinville, 30 de janeiro de 2022.*

**Matheus Correa dos Santos**

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. Ruan Carlo Zanella**  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/SC 21844 ROE 17195 TEOT 16522

Dr. Cassio Kenji Hiraga (CRM 28623)




**FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA**

<b>Prontuário</b>	1267007	<b>Atendimento</b>	7517036	<b>ID</b>	
<b>Nome</b>	<b>Matheus Correa dos Santos</b>			<b>Paciente:</b>	1672109
<b>CPF</b>		<b>Identidade</b>		<b>Religião</b>	
<b>Data Nascto</b>	24/02/2006	<b>Sexo</b>	Masculino	<b>Est. Civil</b>	
<b>Idade</b>	15 anos e	<b>Celular</b>	984493141	<b>CEP</b>	86.020-908
<b>Endereço</b>		<b>Bairro</b>		<b>Cidade</b>	Londrina
<b>Responsável</b>	Deise Maria Barbosa Nobre de	<b>CPF</b>	00820710474	<b>Telefone</b>	999749776
<b>Endereço</b>	Br 101 Km 64, 17400, Corveta, Casa	<b>Clínica</b>	Emergência Ortopédica		
<b>Data</b>	29/01/2022			<b>Hora</b>	22:51
<b>Convênio</b>	Escola Adventista	<b>Cód.Usuário</b>	1333438	<b>Dt.Validade</b>	29/01/2022
<b>Guia</b>	4807	<b>Senha</b>			
<b>Funcionário</b>	Fernando.R				
<b>Obs. Conv.:</b>	copia dos doc. 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, 29 de janeiro de 2022

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF