



**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**

|               |                        |
|---------------|------------------------|
| <b>Código</b> | <b>Nome Aluno (a)</b>  |
| 2636          | Matheus Culpi Mannrich |

**Descrição dos Gastos**

| Valor     | NF     | Prestador                            | Descrição    |
|-----------|--------|--------------------------------------|--------------|
| R\$ 46,42 | 109991 | Cia Latino Americana de Medicamentos | Medicamentos |

**R\$ 46,42**

**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, 13 de junho de 2022

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Matheus Culpi Mannrich  
**Nº da Carteira:** 13.3.2636  
**Instituição:** Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina



**Data de Nascimento:** 18/09/2007

**Nº da Guia:** 6537

| Data da Ocorrência | Horário  | Local | Atividade                          |
|--------------------|----------|-------|------------------------------------|
| 08/06/2022         | 19:42:00 | Pátio | Atividades esportivas fora de aula |

| O que aconteceu | Partes do corpo   |
|-----------------|-------------------|
| Torção          | Tornozelo Direito |

## Descrição

Aluno Matheus Culpi, jogando vôlei, durante um salto, quando pisou no chão ele torceu o tornozelo direito. O aluno relatou que ouviu um estralo e muita dor, o ocorrido foi por volta das 14 horas.

## Testemunha da ocorrência

André Rocha

## Telefone

(47) 9795-5410

## Quem prestou primeiros socorros

Syendra OliveirA

## Data

08/06/2022

| Local de atendimento                   | Endereço | Nº | Bairro | Telefone |
|--|----------|----|--------|----------|
| Atendimento no próprio estabelecimento |          |    |        |          |

## Observações

O aluno Matheus Culpi, foi atendido pela Syendra e orientado a fazer gelo e encaminhou o aluno a cuidados médicos.

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 000.109.991  
SÉRIE : 1  
FOLHA: 1 de 1



CHAVE DE ACESSO  
4222 0684 6834 8101 0059 5500 1000 1099 9112 2114 5060

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  
342220115023875 - 08/06/2022 11:17:51

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
254357601

INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA

CNPJ  
84.683.481/0100-59

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

|   |                               |                                |   |
|---|-------------------------------|--------------------------------|---|
| NOME/RAZÃO SOCIAL<br>CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA |                               | CNPJ/CPF<br>15.116.763/0004-12 | DATA DA EMISSÃO<br>08/06/2022                   |
| ENDEREÇO<br>JULIA DA COSTA, 1447                    | BAIRRO/DISTRITO<br>BIGORRILHO | CEP<br>80730-070               | DATA DE SAÍDA/ENTRADA<br>08/06/2022             |
| MUNICÍPIO<br>CURITIBA                               | FONE/FAX                      | UF<br>PR                       | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>HORA DE SAÍDA<br>11:17:46 |

**FATURA**

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

|                                 |                         |                                 |                                    |                                   |                                   |                              |
|---------------------------------|-------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DE ICMS<br>0,00 | VALOR DO ICMS<br>0,00   | BASE DE CÁLCULO ICMS ST<br>0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>46,42 |                                   |                              |
| VALOR DO FRETE<br>0,00          | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | DESCONTO<br>0,00                | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>0,00 | VALOR DO IPI<br>0,00              | VALOR APROX. DOS TRIBUTOS<br>0,00 | VALOR TOTAL DA NOTA<br>46,42 |

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

|              |                                |             |                    |            |              |
|--------------|--------------------------------|-------------|--------------------|------------|--------------|
| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA<br>9-Sem Frete | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍC      | UF         | CNPJ/CPF     |
| ENDEREÇO     | MUNICÍPIO                      | UF          | INSCRIÇÃO ESTADUAL |            |              |
| QUANTIDADE   | ESPÉCIE                        | MARCA       | NUMERAÇÃO          | PESO BRUTO | PESO LIQUIDO |

**DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO**

| COD. PROD. | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO | NCM SH   | CST  | CFOP | UNID. | QUANT. | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL | B.CALC. ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALÍQUOTAS |      | VALOR APROX. DOS TRIBUTOS |
|------------|------------------------------|----------|------|------|-------|--------|----------------|-------------|--------------|------------|-----------|-----------|------|---------------------------|
|            |                              |          |      |      |       |        |                |             |              |            |           | ICMS      | IPI  |                           |
| 731142     | FLANCOX C/14 CPR REV 500MG   | 30049079 | 0 41 | 5929 | UN    | 1      | 46,42000000    | 46,42       | 0,00         | 0,00       | 0,00      | 0,00      | 0,00 | 0,00                      |

**DADOS ADICIONAIS**

|  |                    |
|--|--------------------|
| <p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br/>Nr. Fabricacao do ECF: EP121810000000024370<br/>COO: 139997<br/>NFC-e nr. 4288584 Serie ECF Emitido em: 08/06/2022<br/>MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156<br/>Base de calculo de ICMS = 46.42<br/>Valor do ICMS = 7.89 Valor do ICMS Desonerado: 5,57</p> | RESERVADO AO FISCO |
|--|--------------------|

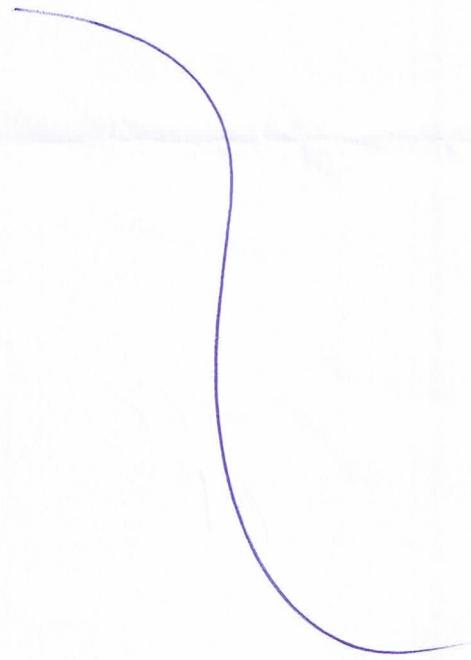
Joinville, 8 de junho de 2022.

**Matheus Culpi Mannrich**

USO ORAL

1) FLANCOX 500 MG ----- 10  
TOMAR 1 CP VO 12/12H POR 5 DIAS.

- \* GELO 20 MIN - 2X/DIA POR 5 DIAS - PROTEGER A PELE
- \* MEMBRO ELEVADO MAXIMO DE TEMPO POSSÍVEL
- \* AGENDAR CONSULTA EM 2 SEMANAS COM DR CASSIO - LIGAR NO 3451-3322



DR. MARCIO WAMBIER FIALLA  
ORTOPEDISTA/TRAUMATOLOGISTA  
CHURGIÃO DA MÃO  
CRM 27980 TEOT-15093

Dr. Marcio Wambier Fialla (CRM 27980)

## FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

|             |                                 |             |                       |              |  |
|-------------|---------------------------------|-------------|-----------------------|--------------|--|
| Prontuário  | 1276098                         | Atendimento | 7662031               | ID Paciente: | <br>1683620 |
| Nome        | Matheus Culpi Mannrich          | Identidade  |                       | Religião     |  |
| CPF         |                                 | Sexo        | Masculino             | Est. Civil   | Solteiro   |
| Data Nascto | 18/09/2007                      | Celular     | 999749776             | CEP          | 89.245-000   |
| Idade       | 14 anos e 8                     | Bairro      | Corveta               | Cidade       | Araquari   |
| Endereço    | BR 101 km 64 17400              | CPF         | 00820710474           | Telefone     | 999749776  |
| Responsável | Deise Maria Barbosa Nobre de    | Clínica     | Emergência Ortopédica | Hora         | 21:40  |
| Endereço    | Br 101 Km 64,17400,Corveta,Casa | Cód.Usuário | 1332636               | Dt.Validade  | 31/12/2022   |
| Data        | 08/06/2022                      | Senha       |                       |              |  |
| Convênio    | Escola Adventista               |             |                       |              |  |
| Guia        | 6537                            |             |                       |              |  |
| Funcionário | Giulia.Silva                    |             |                       |              |  |
| Obs. Conv.: | copia de autorização 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, 8 de junho de 2022

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF