

 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)			
1607	Mikaio Peyerl			
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador	Descrição	
R\$ 55,11	108208	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos	
R\$ 55,11	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, 08 de junho de 2022

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Mikaio Peyerl

Nº da Carteirinha: 13.3.1607

Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 17/10/2004

Nº da Guia: 5449



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/03/2022	17:44:00	Quadra externa de areia	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

O aluno estava em atividade recreativa na quadra externa quando pulou no bloque e ao cair no chão de encontro com o adversário torceu o pé D.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Geazi	(47) 3447-7400
Syendra	(47) 99773-0496

Quem prestou primeiros socorros	Data
Geazi	27/03/2022

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

Observações

O aluno estava em atividade recreativa na quadra externa quando pulou no bloque e ao cair no chão de encontro com o adversário torceu o pé D. Encaminhado ao Hospital Dona Helena para avaliação. O aluno já tem dois pinos no pé D. Pais avisados pelo preceptor Geazi.

Ass.:

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

João Teodoro de Azevedo Júnior

176.726.884/0044-68

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
SCTEL/FAX: 4734331518
CEP: 89204250DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA0 - Entrada 1
1 - Saída 1

Nº 000.108.208

SÉRIE: 1

FOLHA: 1 de 1



CHAVE DE ACESSO

4222 0384 6834 8101 0059 5500 1000 1082 0812 2210 1032

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

342220060285789 - 27/03/2022 21:17:36

INSCRIÇÃO ESTADUAL

254357601

INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA

CNPJ

84.683.481/0100-59

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME RAZÃO SOCIAL

CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

CNPJ/CPF

15.116.763/0004-12

DATA DA EMISSÃO

27/03/2022

ENDEREÇO

JULIA DA COSTA, 1447

BAIRRO/DISTRITO

BIGORRILHO

CEP

80730-070

DATA DE SAÍDA/ENTRADA

27/03/2022

MUNICÍPIO

CURITIBA

FONE/FAX

UF

PR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

21:17:07

FATURA

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		58,31
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA		
0	0	3,20	0,00	0,00	0,00	55,11		

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	
705203	MAXSULID C/10 CPR 400MG	30049099	0 41	5929	UN	1	39,21000000	39,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
732594	LISADOR DIP C/10 CPR 1000MG [Vl. Desconto: R\$3,20]	30049069	0 41	5929	UN	1	19,10000000	19,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricação do ECF: EP121810000000025028 COO: 293173 NFC-e nr. 4254194 Serie ECF Emitido em: 27/03/2022 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de cálculo de ICMS = 55,11 Valor do ICMS = 9,37 Valor do ICMS Desonerado: 6,62	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

Joinville, 27 de março de 2022.

Mikaio Peyerl

USO ORAL

LISADOR DIP -----
TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 6 EM 6 HORAS SE DOR

MAXSULID 400 -----
TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 12 EM 12 HORAS POR 5 DIAS

GELO LOCAL
REPOUSO
NAO REALIZAR ESFORÇO FÍSICO
MEMBRO ELEVADO
MANTER TALA
NAO MOLHAR
NAO PISAR

AGENDAR RETORNO NO CDO DO HOSPITAL DONA HELENA

DR CASSIO

ESPECIALISTA DE PÉ E TORNOZELO

ENCAIXE AUTORIZADO PARA 1 SEMANA

TELEFONE PARA AGENDAMENTO 3451-3322 OU 3451-3321
ou www.hospitaldonahelena.com.br/agendaonline

RETORNO AO HOSPITAL EM CASO DE URGÊNCIA,
SE MANTIVER OU PIORAREM OS SINTOMAS

Dr. Ruan Carlo Zanella
Ortopedia e Traumatologia
CRMSC 21844 RQE 47195 TEOT 16522

Dr. Ruan Carlo Zanella (CRM 21844)

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1270572
Nome **Mikaio Peyerl**
CPF 10139860916
Data Nascto 17/10/2004
Idade 17 anos e 5
Endereço BR 101 KM 64 17400
Responsável Lielson Luiz Barros da Silva
Endereço Rodovia BR - 101, Km 64,17400,
Data 27/03/2022
Convênio Escola Adventista
Guia
Funcionário Mayara.S
Obs. Conv.: Autorização em anexo

Atendimento 7572853
Identidade 6825249
Sexo Masculino
Celular 988396985
Bairro Corveta
CPF 02086466390
Clínica Emergência Ortopédica
Cód.Usuário 5449
Senha

ID 
Paciente: 1676630
Religião
Est. Civil
CEP 89.245-000
Cidade Araquari
Telefone 989148372
Hora 19:56
Dt.Validade 30/12/2022

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, 27 de março de 2022