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)
2801	Raphaella do Lago Bezerra

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R$ 159,16	21898	Farmacia e Drogaria Nissei S/A	Medicamentos
R$ 159,16	**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, 08 de junho de 2022

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Raphaella do Lago Bezerra
Nº da Carteirinha: 13.3.2801
Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 13/12/2004 | **Nº da Guia:** 6090.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
09/05/2022	19:04:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda, 3º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A aluna virou o terceiro dedo da mão E, dia 05/05, durante um jogo de basquete na quinta feira a noite. Primeiro atendimento realizado gelo por 15 minutos, pomada de doutorzinho e imobilização. Sem melhora, com inchaço, dor local e dificuldade de mobilização.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Grazielly Oliveira	(47) 3447-7480
Erenice	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Syendra	09/05/2022

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

Motivo do Retorno

A paciente ao ser atendida no da 09/05 junto ao Hospital Dona Helena foi orientada a retornar dia 10/05 para realização de cirurgia.

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

Ass.: _____

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 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRÔNICA

Imprimir

Governo do Estado de Santa Catarina
Secretaria da Fazenda

Chave de Acesso: 4222 0579 4306 8203 4965 6505 1000 0218 9815 0786 5676

Número NF-e: 21898

Data de Emissão: 10/05/2022 22:48:35-03:00

Dados da NFC-e

Modelo	Série	Número	Data de Emissão	Data Saída/Entrada	Valor Total da Nota Fiscal
65	51	21898	10/05/2022 22:48:35-03:00		159,16

Emitente

CNPJ	Nome / Razão Social	Inscrição Estadual	UF
79.430.682/0349-65	FARMACIA E DROGARIA NISSEI SA	260519731	SC

Destinatário

CNPJ	Nome / Razão Social	Inscrição Estadual	UF
15.116.763/0004-12	INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE		PR

Destino da operação	Consumidor final	Presença do Comprador
1 - Operação Interna	1 - Consumidor final	1 - Operação presencial

Produtos

	Descrição	Quantidade	Unid. Com.	Valor Unit.	Valor Prod
1	CEFALEXINA 1GR 8CPR GERMED	1,0000	UN	90,41	90,41
2	CEFALEXINA 500MG 8 CPR EMS (AM	1,0000	UN	31,79	31,79
3	DIPIRONA 1G 10CPR EMS	1,0000	UN	21,85	21,85
4	MAXSULID 400MG 10 CPR	1,0000	UN	43,48	43,48

Emissão

Processo	Versão do Processo	Tipo de Emissão	Finalidade
0 - com aplicativo do Contribuinte	Procfit	1 - Normal	1 - Normal

Natureza da Operação	Tipo da Operação	*Digest* Value da NF-e
VENDA MERC.ADQ.REC.TERC	1 - Saída	IJ2ficOqvMpMMghTjtK+pLdR0xM=

Situação Atual: AUTORIZADA (Ambiente de autorização: produção)

Eventos da NF-e	Protocolo	Data Autorização	Data Inclusão BD
Autorização de Uso	342220081453927	10/05/2022 às 22:48:36-03:00	10/05/2022 às 23:12:48

Dados do Emitente

Nome / Razão Social	Nome Fantasia
FARMACIA E DROGARIA NISSEI SA	FARMACIA E DROGARIA NISSEI SA

CNPJ	Endereço
79.430.682/0349-65	RUA VISCONDE DE TAUNAY, 622

Bairro / Distrito	CEP
ATIRADORES	89203-005
Município	Telefone
4209102 - JOINVILLE	(41)3213-9588
UF	País
SC	1058 - BRASIL
Inscrição Estadual	Inscrição Estadual do Substituto Tributário
260519731	
Inscrição Municipal	Município da Ocorrência do Fato Gerador do ICMS
	4209102
CNAE Fiscal	Código de Regime Tributário
	3 - Regime Normal

Dados do Destinatário

Nome / Razão Social		
INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE		
CNPJ	Endereço	
15.116.763/0004-12	JULIA DA COSTA, 1447	
Bairro / Distrito	CEP	
CURITIBA	80730-070	
Município	Telefone	
4106902 - BIGORRILHO	(41)3240-2942	
UF	País	
PR	1058 - BRASIL	
Indicador IE		
09 - Não Contribuinte, que pode ou não possuir Inscrição Estadual no Cadastro de Contribuintes do ICMS	Inscrição Estadual	Inscrição SUFRAMA
IM	E-mail	

Dados dos Produtos e Serviços

Num.	Descrição	Qtd.	Unidade Comercial	Valor(R$)
1	CEFALEXINA 1GR 8CPR GERMED	1,0000	UN	90,41
2	CEFALEXINA 500MG 8 CPR EMS (AM	1,0000	UN	31,79
3	DIPIRONA 1G 10CPR EMS	1,0000	UN	21,85
4	MAXSULID 400MG 10 CPR	1,0000	UN	43,48

Totais

ICMS

Base de Cálculo ICMS	Valor do ICMS	Valor do ICMS Desonerado	Valor Total do FCP
159,16	27,05	0,00	0,00

Valor Total ICMS FCP	Valor Total ICMS Interestadual UF Destino	Valor Total ICMS Interestadual UF Rem.	Base de Cálculo ICMS ST
			0,00

Valor ICMS Substituição	Valor Total do FCP retido por ST	Valor Total do FCP retido anteriormente por ST	Valor Total dos Produtos
0,00	0,00	0,00	187,53

Valor do Frete	Valor do Seguro	Valor Total dos Descontos	Valor Total do II
0,00	0,00	28,37	0,00

Valor Total do IPI	Valor Total do IPI Devolvido	Valor do PIS	Valor da COFINS
0,00	0,00	0,00	0,00

Outras Despesas Acessórias	Valor Total da NFe	Valor Aproximado dos Tributos
0,00	159,16	88,80

Dados do Transporte

Modalidade do Frete

9 - Sem Ocorrência de Transporte

Formas de Pagamento

Ind. Forma de Pagamento.	Meio de Pagamento	Valor do Pagamento
0 - Pagamento à Vista	1 - Dinheiro	200,00

Informações Adicionais

XSLT: v4.0.4a

Formato de Impressão DANFE

4 - DANFE NFC-e

Informações Complementares de Interesse do Contribuinte

Descrição

MD5: |Trib aprox R$: Fed 21,41 Est 27,06 Imp 40,34|Fonte: IBPT|CONVENIO: 8373334-|Operador/Vendedor: 41226 / 43396|VOCE ECONOMIZOU: R$ 28,37|Consulte o QRCode atraves do App DeOlhoNaNota disponivel na PlayStore (Android) e AppStore (iOS)| - Loja 388 - Caixa 51 - Troca mediante cupom fiscal ate 30 dias, exceto medicamentos de uso controlado, termolabeis e farmacia popular

Informações Suplementares

QR-Code

https://sat.sef.sc.gov.br/nfce/consulta?p=42220579430682034965650510000218981507865676|2|1|1|65923832C923F4DBC7FA3D5349E9D53E6C630B1A

URL NFC-e

https://sat.sef.sc.gov.br/nfce/consulta

Informações do Responsável Técnico pela emissão do DF-e

CNPJ	Nome da pessoa a ser contatada	E-mail	Telefone
09.067.820/0001-75	IGOR GRAVA	fiscal@procfit.com.br	1338770770

Dados de Nota Fiscal Avulsa

CNPJ

Repartição Fiscal do Emitente	Matrícula do Funcionário

Nome do Funcionário	Fone / Fax
UF	Número do Documento Arrecadação
Valor Total do Documento Arrecadação	Data de Emissão do Documento Arrecadação
Data do Pagamento do Documento Arrecadação	

Sistema de Administração Tributária – SAT
Secretaria de Estado da Fazenda de Santa Catarina – SEF
Política de Privacidade e Termos de Uso (../../App_Policy/policy.pdf)

HOSPITAL Dona HELENA

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Aline Mariana Gafuri (CRM 27868)

Blumenau, 123,
Fone: (47) 3451.3333
Joinville - SC

1º VIA FARMACIA

Dr. Braulio Cesar da Rocha Barbosa
Diretor Técnico Médico
CRM - SC 3379

Agende suas consultas e exames online através do www.donahelena.com.br/agendaonline

Paciente: **Raphaella do Lago Bezerra**
Endereço: **Br 101 Km 64, 17400 Escola Adventista Corveta**
Data receita:
Prescrição:

Joinville, 10 de maio de 2022

USO INTERNO

1) CEFALEXINA 1G ---------- 1 CX
TOMAR 1 COMP, VIA ORAL, DE 12/12H POR 5 DIAS.

2) MAXSULID ---------- 1 CX
TOMAR 1 COMP, VIA ORAL, DE 12/12H POR 3 DIAS (APÓS REFEIÇÃO).

3) DIPIRONA 1G ---------- 1 CX
TOMAR 1 COMP, VIA ORAL, DE 8/8H SE DOR.

+ MANTER TALA E CURATIVO ATÉ O RETORNO, MANTER CURATIVO LIMPO E SECO - PROTEGER DA ÁGUA

+ RETORNO COM DRA ALINE GAFURI NO CDO (10º ANDAR HOSPITAL DONA HELENA) EM 24/05/2022 - AGENDAR PELO TELEFONE 3451-3322 (ENCAIXE AUTORIZADO EM CASO DE FALTA DE VAGA)

+ RETORNO ANTES NO PRONTO-ATENDIMENTO CASO QUALQUER INTERCORRÊNCIA

ALINE GAFURI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DA MÃO
CRM-SC 27.868
RQE 18.171 / 19.039

Dra. Aline Gafuri
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SC 27868 / TEOT 16062

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome:		
Iden.:	Órg. Emissor:	
End.:		
Cidade:	UF:	
Telefone:		Data: ____/____/____
		Assinatura do Farmacêutico

□□□ └□p□□ ▮□ ▮□□□ ▮ ▮@ç@ç@ç@ç□@ç□□ç□?□?□□□□

□□@□@▮▯ □ °□□□□□ 79.430.682/0349-65 FARMACIA E DROGARIA NISSEI SA
RUA VISCONDE DE TAUNAY, 622
ATIRADORES - JOINVILLE - SC
89203-005 Fone: (41)3213-9588 I.E.: 260.519.731

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRÔNICA

#	Cód	Descrição	Qtd	Un	Vl Unit.	Vl Desc.	Vl Total
001	59145	CEFALEXINA 1GR 8CPR GERMED	1	UN	90,41	9,49	80,92
002	21790	CEFALEXINA 500MG 8 CPR EMS (AM	1	UN	31,79	8,89	22,90
003	61958	DIPIRONA 1G 10CPR EMS	1	UN	21,85	6,95	14,90
004	521452	MAXSULID 400MG 10 CPR	1	UN	43,48	3,04	40,44

QTD. TOTAL DE ITENS	004
VALOR TOTAL R$	187,53
Descontos R$	-28,37
VALOR A PAGAR R$	159,16
FORMA DE PAGAMENTO	Valor Pago
Dinheiro	200,00
Troco R$	40,84

Consulte pela Chave de Acesso em
https://sat.sef.sc.gov.br/nfce/consulta
4222 0579 4306 8203 4965 6505 1000 0218 9815 0786 5676

CONSUMIDOR CNPJ: 15.116.763/0004-12
INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE
JULIA DA COSTA 1447 CURITIBA BIGORRILHO
NFC-e nº 000021898 Série 051 10-5-22 22:48:35
Protocolo de Autorização: 342220081453927
Data de Autorização 10-5-22 22:48:36

MD5: |Trib aprox R$: Fed 21,41 Est 27,06 Imp 40,34|Fonte: IBPT|CONVENIO: 8373334-|Operador/Vendedor: 41226 / 43396|VOCE ECONOMIZOU: R$ 28,37|Consulte o QRCode através do App DeOlhoNaNota disponível na PlayStore (Android) e AppStore (iOS)| - Loja 388 - Caixa 51 - Troca mediante cupom fiscal até 30 dias, exceto medicamentos de uso controlado, termolabeis e farmacia popular
Tributos Totais Incidentes(Lei Federal 12.741/12): R$ 88,80
ERPM_PDV

HOSPITAL Dona HELENA

Evolução Paciente

10/05/2022 17:34:18 Até

Via: Médico responsável pela continuidade do cuidado

Paciente	**Raphaella do Lago Bezerra**		Atendimento	**7.623.026**	Leito **5**
Data Nascto.	13/12/2004	17 Anos	Prontuário	1.273.660	
Sexo	Feminino		Dt. Entrada	10/05/2022	
Telefone	999685683		Convênio	Escola Adventista Básico	

Data evolução	Liberação	Profissão	Tipo evolução	Especialidade	Profissional	Cod prof
10/05/2022 17:33	10/05 17:34	Médico	Sumário de		Aline Mariana Gafuri	CRM 27868

1. Motivo da internação:
TRATAMENTO CIRURGICO

2. Diagnóstico principal (descrever o diagnóstico DEFINITIVO):
FRATURA-LUXAÇÃO 3QDE / DEDO EM MARTELO

3. Comorbidades/outros diagnósticos relevantes:
NAO

4. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos realizados:

MÃO - Fraturas de falanges ou metacarpianos - tratamento cirúrgico c/ fixação (1) ;
MÃO - Dedo em martelo - tratamento cirúrgico (1)

5. Tratamento medicamentoso/quimioterapia/hemoderivados (relacionar medicamentos, descrever se antibiótico foi de uso profilático ou terapêutico):
PROFILATICO

6. Medicamentos com possível efeito residual (exemplo: opiódes, sedativos):
Morfina.

7. Medicamentos na alta (especificar medicamentos, não usar termos genéricos como "sintomáticos"):
CEFALEXINA, AINE

8. Condições do paciente na alta:
( ) Curado
(X) Melhorado
( ) Inalterado

Dra. Aline Gafuri
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SC 27868 / TEOT 18062

9. Orientações do paciente na alta:
Use somente medicamentos prescritos pelo médico.
Retornar à Emergência credenciada pela sua operadora em caso de complicações.

10. Avaliação da compreensão:
(X) Houve compreensão das orientações fornecidas para o paciente/responsável
( ) Percebo que NÃO houve entendimento, solicito apoio da equipe multidisciplinar

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Raphaella do Lago Bezerra
Nº da Carteirinha: 13.3.2801
Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 13/12/2004 | **Nº da Guia:** 6090.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
09/05/2022	19:04:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda, 3º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A aluna virou o terceiro dedo da mão E, dia 05/05, durante um jogo de basquete na quinta feira a noite. Primeiro atendimento realizado gelo por 15 minutos, pomada de doutorzinho e imobilização. Sem melhora, com inchaço, dor local e dificuldade de mobilização.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Grazielly Oliveira	(47) 3447-7480
Erenice	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Syendra	09/05/2022

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

Motivo do Retorno

Após o atendimento no dia 10 de maio foi solicitado o agendamento para retorno no dia 31/05 as 09:00 com a Dr. Aline Gafuri.

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

Ass.: _____

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 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Raphaella do Lago Bezerra
Nº da Carteirinha: 13.3.2801
Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 13/12/2004 | **Nº da Guia:** 6090

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/05/2022	19:04:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda, 3º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A aluna virou o terceiro dedo da mão E, dia 05/05, durante um jogo de basquete na quinta feira a noite. Primeiro atendimento realizado gelo por 15 minutos, pomada de doutorzinho e imobilização. Sem melhora, com inchaço, dor local e dificuldade de mobilização.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Grazielly Oliveira	(47) 3447-7480
Erenice	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Syendra	09/05/2022

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

Observações

A aluna virou o terceiro dedo da mão E, dia 05/05, durante um jogo de basquete na quinta feira a noite. Primeiro atendimento realizado gelo por 15 minutos, pomada de doutorzinho e imobilização. Sem melhora, com inchaço, dor local e dificuldade de mobilização. Pais cientes.

Preceptoria FEM. IAESC

Ass.:

Syendra Rinaldi De Quadros Oliveira

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 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942

HOSPITAL Dona HELENA

7622442

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1273660	Atendimento	7622442	ID Paciente:	1680524
Nome	**Raphaella do lago Bezerra**				
CPF	03158778203	Identidade		Religião	
Data Nascto	13/12/2004	Sexo	Feminino	Est. Civil	
Idade	17 anos e 4	Celular	999685683	CEP	89.245-000
Endereço	Br 101 Km 64	Bairro		Cidade	Araquari
Responsável	Olivaldo Leitzke	CPF	64321002834	Telefone	981184101
Endereço	,64,,	Clínica	Emergência Ortopédica		
Data	09/05/2022			Hora	21:04
Convênio	Escola Adventista	Cód.Usuário	6090	Dt.Validade	31/12/2022
Guia	1332801	Senha			
Funcionário	Carolina.B				
Obs. Conv.:	guai 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 entro 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 n° 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, 9 de maio de 2022

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.	RESPONSÁVEL	PACIENTE	TESTEMUNHA / CPF