

**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)****3334****Raquel Jornooki Fritzen****Descrição dos Gastos**

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 52,10	111667	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos

R\$ 52,10**Total Reembolso**

IAESC

Dpto. Pessoal

João Teodoro de Azevedo Júnior

CPF: 054.904.029-38

RH - IAESC

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, 17 de Agosto de 2022**Tesouraria**

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Raquel Jornooki Fritzen

Nº da Carteirinha: 13.3.3334

Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 24/07/2006

Nº da Guia: 7251



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/08/2022	13:03:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo, 4º Dedo Pé Esquerdo

Descrição

A aluna estava jogando basquete ontem na quadra externa e na disputa pela bola ao tentar fazer a cesta, a mesma caiu pressionando os dedos sobre o chão, foi colocado gelo.

Testemunha da ocorrência

Erenice Pereira de Araujo

Telefone

(47) 99773-0494

Quem prestou primeiros socorros

Erenice Pereira de Araujo

Data

14/08/2022

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

Observações

A aluna foi atendida, colocamos gelo ontem antes de dormir e reavaliamos hoje vendo a importância de uma avaliação médica.

IAESC
Dpto. Pessoal
João Teodoro de Azevedo Júnior
CPF: 054.04.029-38

Ass.:

Erenice Pereira De Araujo

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

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS RUA BLUMENAU, 138  catarinense CENTRO JOINVILLE SC TEL/FAX: 4734331518 CEP: 89204250		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 - Saída 1 Nº 000.111.667 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1		 CHAVE DE ACESSO 4222 0884 6834 8101 0059 5500 1000 1116 6712 2185 7080 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 342220166035331 - 14/08/2022 18:05:34	
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	
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447				BAIRRO DISTRITO BIGORRILHO	
MUNICÍPIO CURITIBA				CEP 80730-070	
FONE/FAX		UF PR		INSCRIÇÃO ESTADUAL 18:05:31	

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 88,16	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 36,06	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 52,10			
TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS									
RAZÃO SOCIAL				FRETE POR CONTA 9-Sem Frete		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍC	
ENDEREÇO						MUNICÍPIO		UF	
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 UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
1000000512	BOLSA TERMICA TERMOGEL 350ML TERMOGEL	39123119	0 41	5929	UN	1	9.90000000	9,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000010018	LISADOR DIP C/20 CPR 1000MG [L:SL053518 Qt:1] [Vl. Desconto: R\$14,50]	30049069	0 41	5929	UN	1	42.40000000	42,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000002132	NIMESULIDA EMS C/12 CPR G 100MG [L:SL053518 Qt:1] [Vl. Desconto: R\$21,56]	30049099	0 41	5929	UN	1	35.86000000	35,86	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricação do ECF: EP121810000000024370 COO: 160880 NFC-e nr. 4317932 Serie ECF Emitido em: 14/08/2022 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 52,10 Valor do ICMS = 8.86 Valor do ICMS Desonerado: 6,26		RESERVADO AO FISCO
--	--	---------------------------



HOSPITAL
Dona
HELENA

Dr. Bráulio Barbosa
Diretor Técnico Médico
CRM 3379

Receituário Controle Especial

1ª Via Farmácia
2ª Via Paciente

Identificação do Emitente

Rua Blumenau, 123
89204-250 Joinville - SC - Brasil
Fone: (0xx47) 3451-3333

Paciente:

Raquel Jounski Lutzen

Endereço:

Prescrição:

USO INTERNO

① Nimesulida 100mg

Tomar 1 comp 12/12h na 4 dias (reflexo)

② Lidocain 2% 8/8h se dor

+ compressas frias 3x/dia por 48h
+ manter esparadrapagem
+ agenda retorno p/ 3 dias

Identificação do Comprador

Nome:

Iden.:

Órg. Emissor:

End.:

Cidade:

EF:

Telefone:

Identificação do Fornecedor

Dra. Aline Safuri
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM-SC 27.868/TEOT/16062
RQE 18.171/19.039

Data: ____/____/____

Assinatura do Farmacêutico

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1280873	Atendimento	7758697	ID	
Nome	Raquel Jornooki Fritzen	Sexo	Feminino	Paciente:	1689674
Mãe	Nelsi Noeli Jornooki Fritzen	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	7251
Data Nascto	24/07/2006	Cód.Usuário	1333334	Funcionário	Kamila.Z
Idade	16 anos	Senha		Dt.Validade	14/08/2022
Data	14/08/2022	Hora	16:42	Responsável	Isac Cesar Fernandes
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	Guia AME 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, 14 de agosto de 2022

+ AGENDAR RETORNO NO CDO COM ORTOPEDISTA DE PÉ DR CASSIO HIRAGA PARA 2 SEMANAS
(+26/08)
- TEL. 3451-3322 OU SITE WWW.HOSPITALDONAHELENA.COM.BR/AGENDAONLINE

LOCAL:

HOSPITAL DONA HELENA
CDO - CENTRO DE DIAGNOSTICO ORTOPÉDICO (10º ANDAR)
RUA BLUMENAU, 123 - CENTRO - JOINVILLE - SC
