

 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)			
3342	Thainara Danielski			
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador	Descrição	
R\$ 65,28	3171	Raiadrogasil S/A	Medicamentos	
R\$ 150,00	1640	Hospitalares Comercio de Materiais Medicos Ltda EPP	Item de Tratamento	
R\$ 215,28	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, 21 de março de 2022

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Thainara Danielski

Nº da Carteira: 13.3.3342

Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 24/08/2005

Nº da Guia: 5101



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/03/2022	09:09:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Joelho Direito

Descrição
A aluna estava em horário de aula de educação física, a mesma se encotra de atestado médico para esse tipo de atividade. A aluna foi orientada pela professora a não jogar, porém insistiu e caiu novamente sentindo dor intensa no mesmo membro que já está em tratamento e acompanhamento médico. A aluna está sendo encaminhada ao pronto socorro.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Paula Aguilera	(47) 3447-7480
Syendra Oliveira	(47) 99773-0496

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

Observações
A aluna já está sendo assistida por profissinal do Hospital Dona Helena e a mesma realizou exame de ressonância. Solicitamos verificar o exame que esta disponível para a equipe.

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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Felipe Neves Campos (CRM 20308)

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

2º VIA PACIENTE

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

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

Paciente: **Thainara Danielski**
Endereço: **Rodovia Br 101 Km 64, 17400 Corveta Araquari SC**
Data receita:
Prescrição:

Joinville, 04 de março de 2022

USO ORAL:

1. DIPIRONA 1G----- 1 CAIXA
TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS SE DOR.
- OU
2. PACO 30MG-----1 CAIXA
TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS SE DOR FORTE.
3. ARTROSIL 160MG-----1 CAIXA
TOMAR 1 COMPRIMIDO AO DIA (APÓS REFEIÇÃO) POR 5 DIAS.

USO LOCAL

IMOBILIZADOR DE PATELA RIGIDO-----1 UN
UTILIZAR CONSTANTEMENTE POR 30 DIAS

EM CASO DE PIORA DO SINTOMAS DIRIGIR-SE AO PRONTO-SOCORRO.
RETORNO NO CDO DO HOSPITAL DONA HELENA (10º ANDAR) COM ORTOPEDISTA
DR FELIPE NEVES,
LIGAR NO FONE 3451-3322 // 3451-3321 PARA AGENDAR O HORÁRIO,

Dr. Felipe Neves Campos
Ortopedia e Traumatologia
CRM SC 20308 RQE 14639 TEOT 15115

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
Iden.: Órg. Emissor:
End.:
Cidade: UF:
Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____

RECEBEMOS DE RAIADROGASIL S/A OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO.		NF-e Nº 3171 SÉRIE: 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

 RAIADROGASIL S/A OTTO BOEHM, 260 - AMERICA JOINVILLE - SC CEP: 89201-700	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 3171 SÉRIE: 1 FOLHA 1 / 1	 CHAVE DE ACESSO 4222 0361 5858 6505 2976 5500 1000 0031 7112 0220 3047 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora.
	NATUREZA DA OPERAÇÃO SUBSTITUIÇÃO DE CUPOM DE VENDA	
	PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 342220043751157	

INSCRIÇÃO ESTADUAL 256806640		INSCRIÇÃO ESTADUAL DE SUBST.		CNPJ 61.585.865/0529-76
DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE				CNPJ / CPF 15.116.763/0004-12
ENDEREÇO RUA ALAMEDA JULIA DA COSTA, 1447				CEP 80730-070
MUNICÍPIO CURITIBA		FONE / FAX 04132402942	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO
FATURA / DUPLICATA				

CÁLCULO DO IMPOSTO				
--------------------	--	--	--	--

BASE DE CÁLCULO DO ICMS R\$ 0,00	VALOR DO ICMS R\$ 0,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST. R\$ 0,00	VALOR DO ICMS SUBST. R\$ 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS R\$ 65,28
VALOR DO FRETE R\$ 0,00	VALOR DO SEGURO R\$ 0,00	DESCONTO R\$ 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS R\$ 0,00	VALOR TOTAL DO IPI R\$ 0,00
VALOR TOTAL DA NOTA R\$ 65,28				

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS NOME / RAZÃO SOCIAL 9-SEM FRETE		CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR DESCONTO	BASE Cálculo	ICMS	IPI	ALÍQUOTA ICMS % IPI %
33740	ARTROSIL 160MG 10 S	30049099	060	5929	UN	1	25,2900	25,29	null	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
2469	PACO 30MG 24 S-A2	30049045	060	5929	UN	1	39,9900	39,99	null	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00

CÁLCULO DO ISSQN			
INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES ICMS RECOLHIDO ATRAVES DO CUPOM FISCAL N.16756 E ECF N.6 DE 04/03/2022 - Trib. Aprox. 8.78 Federal e 11.10 Estadual Fonte: IBPT	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

[illegible]

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1267658	Atendimento	7550282	ID	
Nome	Thainara Danielski			Paciente:	1672902
CPF	13830103905	Identidade	159095240	Religião	
Data Nascto	24/08/2005	Sexo	Feminino	Est. Civil	
Idade	16 anos e 6	Celular	997730496	CEP	89.245-000
Endereço	Rodovia Br 101 Km 64 17400	Bairro	Corveta	Cidade	Araquari
Responsável	Jonatas Pedromo Zukowski	CPF	02994495058	Telefone	996650678
Endereço	BR 101 KM 64,17,coverta,escola	Clínica	Emergência Ortopédica		
Data	04/03/2022			Hora	10:05
Convênio	Escola Adventista	Cód.Usuário	1333342	Dt.Validade	04/03/2022
Guia	5101	Senha			
Funcionário	Juliane.Silva				
Obs. Conv.:	Autorização e cópia do documento 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, 4 de março de 2022

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF