

**IAESC**INSTITUTO ADVENTISTA DE
ENSINO DE SANTA CATARINA**Favorecido****CNPJ****Banco****Agencia****C. Corrente****Instituição Adventista Sul Brasileira de Educação - IAESC****76.726.884/0044-68****237 - Bradesco****2693****11272-0****Dados do reembolso - Seguro Aluno****Código**

3342

Nome Aluno (a)

Thainara Danielski

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 41,86	108404	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos

R\$ 41,86**Total Reembolso**

IAESC

Dpto. Pessoal

João Teodoro de Azevedo Júnior

CPF: 054.964.029-38

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: 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: 5657



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/04/2022	08:44:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Rompimento de ligamento (em tratamento)	Joelho Direito

Descrição

A aluna estava em sala de aula e resolveu correr e pular machucando novamente joelho que está em tratamento por rompimento de ligamento.

Testemunha da ocorrência

Erenice Pereira de Araújo

Telefone

(47) 99773-0494

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 e encaminhada para unidade de atendimento médico. Responsáveis ciente.

Ass.:

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

João Teodoro de Azevedo Júnior

76.726.884/0044-681

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 Nº 000.108.404 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 4222 0484 6834 8101 0059 5500 1000 1084 0412 2013 1045 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 342220068852936 - 07/04/2022 01:37:06
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 07/04/2022
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447		BAIRRO-DISTRITO BIGORRILHO		CEP 80730-070
MUNICÍPIO CURITIBA		FONE/FAX	UF PR	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 07/04/2022
			INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA 01:36:31

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 41,86	
VALOR DO FRETE 0	VALOR DO SEGURO 0	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 41,86			

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	
731142	FLANCOX C/14 CPR REV 500MG	30049079	0 41	5929	UN	1	41,86000000	41,86	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricação do ECF: EP121810000000024370 COO: 118997 NFC-e nr. 4258726 Serie ECF Emitido em: 07/04/2022 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 41.86 Valor do ICMS = 7.12 Valor do ICMS Desonerado: 5,02	RESERVADO AO FISCO
--	---------------------------

Joinville, 7 de abril de 2022.

Thainara Danielski

USO ORAL

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

* GELO 20 MIN - 2X/DIA POR 3 DIAS - PROTEGER A PELE -

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

Dr. Marcio Wambier Fialla (CRM 27980)

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1267658
Nome Thainara Danielski
CPF 13830103905
Data Nascto 24/08/2005
Idade 16 anos e 7
Endereço Rodovia Br 101 Km 64 17400
Responsável Jonatas Pedromo Zukowski
Endereço BR 101 KM 64,17,coverta,escola
Data 07/04/2022
Convênio Escola Adventista
Guia 5656
Funcionário Lucilene Sarda
Obs. Conv.: autorização + copia doc em anexo

Atendimento 7585356
Identidade 159095240
Sexo Feminino
Celular 997730496
Bairro Corveta
CPF 02994495058
Clínica Emergência Ortopédica
Cód.Usuário 1333342
Senha 5656

ID 
Paciente: 1672902
Religião
Est. Civil
CEP 89.245-000
Cidade Araquari
Telefone 996650678
Hora 00:46
Dt.Validade 31/12/2025

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, 7 de abril de 2022

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

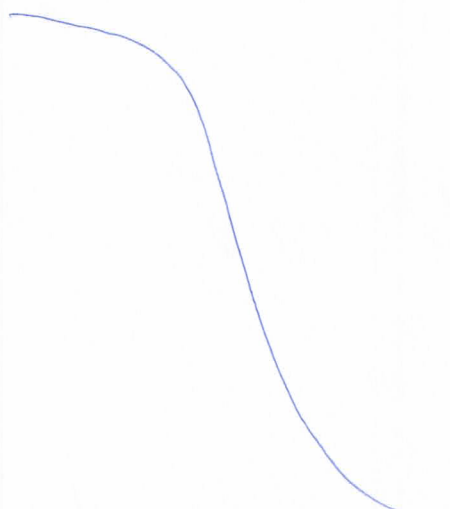
TESTEMUNHA / CPF

Joinville, 7 de abril de 2022.

Emergência Ortopédica

Thainara Danielski

Atesto, para os devidos fins, que o Sr(a) **Thainara Danielski**, CPF nr. **13830103905**, necessita de (Um) dia(s) de afastamento, do **trabalho** a partir de 07/04/2022 00:46:42, por motivos de saúde.

Atendimento: 7585356**C.I.D.:** M255Eu, **Thainara Danielski**, autorizo a divulgação do meu CID neste atestado

DR. MARCIO WAMBIER FIALLA
ORTOPEDISTA/TRAUMATOLOGISTA
CIRURGIÃO DA MÃO
CRM 27980 TEOT- 15002

Dr. Marcio Wambier Fialla (CRM 27980)