

 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)			
2398	Thayna Frolich Favero			
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador	Descrição	
R\$ 101,35	104466	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos	
R\$ 101,35	Total Reembolso			

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

RH - IAESC

Tesouraria

Araquari, 11 de Novembro de 2021

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Thayna Frolich Favero

Nº da Carteira: 13.3.2398

Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 20/07/2005

Nº da Guia: 4335



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/10/2021	16:37:00	Gincana na mata no trilife	Atividade do trilife

O que aconteceu	Partes do corpo
corpo estranho que perfurou o dedo	5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A aluna estava em atividade do trilife na mata quando foi passar por um obstáculo e segurou em um galho com espinhos, foi retirado parte do suposto espinho e se desenvolveu um processo inflamatório.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Erenice Pereira de Araújo	(47) 99773-0494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Erenice Pereira de Araujo	28/10/2021

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 na escola e encaminhada para a unidade de atendimento. Mãe ciente

Ass.:

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

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

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 000.104.466 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1		 CHAVE DE ACESSO 4221 1084 6834 8101 0059 5500 1004 1044 6612 1201 7108 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 342210203585228 - 28/10/2021 20:23:28	
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 28/10/2021	
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447			BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO		CEP 80730-070	
MUNICÍPIO CURITIBA			FONE/FAX		UF PR	
			INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DE SAÍDA 20:23:08	

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 196,11	
VALOR DO FRETE 0	VALOR DO SEGURO 0	DESCONTO 94,76	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 101,35		

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	41,8600	41,86	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
709448	AMOX+CLAV EURO C/14 CPR REV 875+125MG GEN [Vl. Desconto: R\$94,76] (W)	30041012	0 41	5929	UN	1	154,2500	154,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricação do ECF: EP121810000000024370 COO: 73808 NFC-e nr. 4193133 Serie ECF Emitido em: 28/10/2021 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de cálculo de ICMS = 101,35 Valor do ICMS = 17,23 Valor do ICMS Desonerado: 12,16	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

435559

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Jan Gabriel Tamanini (CRM 20947)

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

2ª 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: **Thayna Frolich Favero**
Endereço: **BR 101 Km 64, 1400 Corveta Araquari SC**
Data receita:
Prescrição:

Joinville, 28 de outubro de 2021

USO INTERNO VIA ORAL:

1. CLAVULIN BD 875 + 125 MG ----- 14 COMPRIMIDOS
TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 12 HORAS POR 7 DIAS.

2. FLANCOX 500 MG ----- 1 CAIXA
TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 12 HORAS POR 3 DIAS.

LIMPAR FERIDA COM SORO FISIOLÓGICO E TROCAR CURATIVO TODOS OS DIAS.
RETIRAR PONTOS EM 10 DIAS.

EM CASO DE PERSISTÊNCIA OU PIORA DOS SINTOMAS DIRIGIR-SE AO PRONTO-SOCORRO.

Dr. Jan Tamanini
Ortopedia e Traumatologia
CRM/SC 20947 - RQE 17197 - TEOT 16563

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
Iden.:
End.:
Cidade:
Telefone:

Org. Emissor:

UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1261326
Nome **Thayna Frolich Favero**
CPF
Data Nascto 20/07/2005
Idade 16 anos e 3
Endereço BR 101 Km 64 1400
Responsável Deise Maria Barbosa Nobre de
Endereço Br 101 Km 64 174000,17400,
Data 28/10/2021
Convênio Escola Adventista
Guia
Funcionário Lucilene Sarda
Obs. Conv.: autorização em anexo

Atendimento 7435510
Identidade
Sexo Feminino
Celular 999749776
Bairro Corveta
CPF 00820710474
Clínica Emergência Ortopédica
Cód.Usuário 1332398
Senha

ID 
Paciente: 1665115
Religião
Est. Civil
CEP 89.245-000
Cidade Araquari
Telefone 999749776
Hora 18:39
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, 28 de outubro de 2021