

**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)****3287****Tiago Luiz Ferreira****Descrição dos Gastos**

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 63,07	109374	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos

R\$ 63,07**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 ATENDIMENTO

Aluno: Tiago Luiz Ferreira
Nº da Carteira: 13.3.3287
Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 21/07/2008

Nº da Guia: 6188

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/05/2022	20:42:00	Piscina	Natação

O que aconteceu	Partes do corpo
Quadro gripal após evento aquático	Cabeça, Costas

Descrição
O aluno participou de evento aquático e dias após começou com quadro gripal apresentando febre, dor nas costas e dor de cabeça.

Testemunha da ocorrência	Telefone
João Teodoro de Azevedo Júnior	47997730214
Ronaldo Bertazzo	4734477431

Quem prestou primeiros socorros	Data
João Teodoro de Azevedo Júnior	13/05/2022

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

Observações
O aluno participou de evento aquático e dias após começou com quadro gripal apresentando febre, dor nas costas e dor de cabeça.

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 - Bigorrião - 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
1 - Saída 1
Nº 000.109.374
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1



CHAVE DE ACESSO

4222 0584 6834 8101 0059 5500 1000 1093 7412 2015 8056

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

342220096084307 - 14/05/2022 01:08:14

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

14/05/2022

ENDEREÇO

JULIA DA COSTA, 1447

BAIRRO/DISTRITO

BIGORRILHO

CEP

80730-070

DATA DE SAÍDA/ENTRADA

14/05/2022

MUNICÍPIO

CURITIBA

FONE/FAX

UF

PR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

01:08:11

FATURA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	89,81
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	26,74	0,00	0,00
				VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
				0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				63,07

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ/CPF
	9-Sem Frete				
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	
731349	NARIX 50ML SPRAY 9.0MG/ML [Vl. Desconto: R\$3,83]	30039099	0 41	5929	UN	1	20.80000000	20.80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
645923	DECONGEX PLUS 120ML XPE 2+5MG/5ML	30049099	0 41	5929	UN	1	21.99000000	21.99	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
702689	DIPIRONA MEDLEY C/30 CPR 500MG GEN [Vl. Desconto: R\$12,50]	30039079	0 41	5929	UN	1	29.40000000	29.40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
702736	PARACETAMOL PRATI C/20 CPR 500MG GEN [Vl. Desconto: R\$10,41]	30049045	0 41	5929	UN	1	17.62000000	17.62	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricacao do ECF: EP121810000000024370 COO: 132005 NFC-e nr. 4276170 Serie ECF Emitido em: 14/05/2022 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 63,07 Valor do ICMS = 10.72 Valor do ICMS Desonerado: 7,58	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

Joinville, 14 de maio de 2022.

Tiago Luiz Ferreira

USO ORAL:

1. DECONGEX XAROPE 1FR

DAR 10ML VIA ORAL 8/8 HORAS, POR 5 DIAS

2. NOVALGINA 500MG 1CX

DAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL 6/6 HORAS SE DOR OU FEBRE

3. PARACETAMOL 500MG 1 CX

DAR 1 COMPRIMIDO VIA ORAL 6/6 HORAS SE DOR OU FEBRE

4. RINOSORO XT 1FR

APLICAR 1 CONTAGOTAS EM CADA NARINA 4/4 HORAS ATÉ MELORA DOS SINTOMAS

Dra. Patrícia Gomes

Pediatra
CRM 24247 / RQE 17373

Dra. Patricia Gomes (CRM 24247)

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1274038
Nome **Tiago Luiz Ferreira**
CPF 09661083100
Data Nascto 21/07/2008
Idade 13 anos e 9
Endereço 17400
Responsável Joao Teodoro de Azevedo Junior
Endereço
Data 13/05/2022
Convênio Escola Adventista
Guia 6188
Funcionário Giulia.Silva
Obs. Conv.: Guia em anexo

Atendimento 7628940

Identidade
Sexo Masculino
Celular 993018112
Bairro Corveta
CPF 05490402938
Clínica Emergência Respiratória (INFAN)

Cód.Usuário 1333287
Senha

ID 
Paciente: 1680999
Religião
Est. Civil Solteiro
CEP 89.245-000
Cidade Araquari
Telefone 997730214
Hora 21:42
Dt.Validade 31/12/2022

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, 13 de maio de 2022