

**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**

2682

Nome Aluno (a)

Vinicius Anacleto Cassanego

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 59,02	7608	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos

R\$ 59,02**Total Reembolso**

IAESC

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

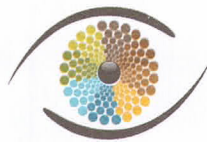
RH - IAESC

Tesouraria

Araquari, 21 de Outubro de 2021

76.726.884/0044-68

Instituição Adventista
Sul Brasileira de EducaçãoRua: BR, 101 - KM 64, 17400
Bairro: Corveta - Cep: 89245-000
Araquari - Santa Catarina



HOSPITAL DE OLHOS
SADALLA AMIN GHANEM

Joinville, 18 de outubro de 2021.

VINICIUS ANACLETO CASSANEGO

Uso Interno

1. Flanax 275 mg

Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas por 7 dias.

Uso ocular

2. Pred Fort Colírio

Pingar 01 gota 4x/dia por 7 dias.

Dr. Gabriel de Almeida Ferreira
Oftalmologista
CRM/SC 25614

Dr. Gabriel de Almeida Ferreira
Oftalmologista - CRM - SC - 25614

Rua Camboriú, 35 (Eixo Marquês de Olinda) • Glória • 89216-222 • Joinville • SC • Brasil
Fone: 47 3481-5333 • www.sadalla.com.br   

Dra. Veralúcia Ferreira Oliveira | Responsável Técnica - Oftalmologista | CRM-SC 4160 / RQE 1972

Opty
Olhar pelos seus olhos

CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS RUA XV DE NOVEMBRO SALA 1 P95, 3088  FARMÁCIA PREÇOPOPULAR GLORIA JOINVILLE SC TEL/FAX: CEP: 89216201		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 - Saída Nº 000.007.608 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1 1			
		CHAVE DE ACESSO 4221 1084 6834 8105 3963 5500 1000 0076 0812 1154 4106		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 342210195233669 - 18/10/2021 15:44:26	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 258719842		INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA		CNPJ 84.683.481/0539-63	

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA				CNPJ/CPF 15.116.763/0004-12		DATA DA EMISSÃO 18/10/2021		
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447			BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO			CEP 80730-070		
MUNICÍPIO CURITIBA			FONE/FAX		UF PR		INSCRIÇÃO ESTADUAL 15:44:21	

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		68,58	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA			
0	0	9,56	0,00	0,00	0,00	59,02			

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 UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
696749	OFTPRED 5ML SUSP OFT 10MG/ML [Vl. Desconto: R\$7,88]	30043290	0 41	5929	UN	1	44,0000	44,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
185981	FLANAX C/10 CPR REV 550MG [Vl. Desconto: R\$1,68]	30049029	0 41	5929	UN	1	24,5800	24,58	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricacao do ECF: EP121810000000017638 COO: 113787 NFC-e nr. 179208 Serie ECF Emitido em: 18/10/2021 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 59.02 Valor do ICMS = 10.03 Valor do ICMS Desonerado: 7,08	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Vinicius Anacleto Cassanego

Nº da Carteira: 13.3.2682

Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 28/11/2003

Nº da Guia: 4142



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/10/2021	11:19:00	Jardim	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Olho Direito

Descrição
Aluno foi atingido por um guarda chuvas.

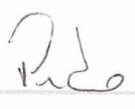
Testemunha da ocorrência	Telefone
Alex	3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Pedro Beck	18/10/2021

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

Observações
O aluno estava brincando com um amigo na hora do intervalo, quando esse amigo rodou o guarda chuva e bateu em seu olho.

Ass.:

 **Pedro Beck**
Coordenador Disciplinar
IAESC

Pedro Rubens da Silva Beck

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

Joinville, 18 de outubro de 2021.

Vinicius Anacleto Cassanego

AO OFTALMOLOGISTA

DR GABRIEL FERREIRA CONFORME CONTATO TELEFONICO

SADALA AMIN GHANEN

GRATO

Dr. Mauricio Benetton
Clínico Geral
CRM-SC 8737

Dr. Mauricio Benetton de Medeiros (CRM 08737)

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1260627
Nome Vinicius Anacleto Cassanego
CPF 11930016921
Data Nascto 28/11/2003
Idade 17 anos e
Endereço BR 101 KM 64 17400
Responsável Pedro Rubens da Silva Beck
Endereço Travessa Canela,93,Agua Branca,
Data 18/10/2021
Convênio Escola Adventista
Guia 4142
Funcionário Amanda.Anzini
Obs. Conv.: Guia+ cópia do doc em anexo

Atendimento 7424045
Identidade 7451014
Sexo Masculino
Celular 984024482
Bairro Corveta
CPF 97282278253
Clínica Emergência Clínica
Cód.Usuário 1332682
Senha

ID 
Paciente: 1664250
Religião
Est. Civil
CEP 89.245-000
Cidade Araquari
Telefone 997692177
Hora 14:14
Dt.Validade 18/10/2021

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, 18 de outubro de 2021

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF