



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)
3217	Vitor Fernando Lorentino

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 69,37	37991	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos

R\$ 69,37	Total Reembolso
------------------	------------------------

RH - IAESC

Tesouraria

Araquari, 19 de setembro de 2022

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Vitor Fernando Lorentino
Nº da Carteira: 13.3.3217
Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 11/03/2007

Nº da Guia: 7880

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/09/2022	16:47:00	Jardim	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Ombro Direito

Descrição

O aluno estava em aula no jardim, escorregando no moinho com água e sabão. Aluno fez uso de gelo gelado e tipóia provisória. Encaminhado ao hospital para avaliação médica.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Bruno	(47) 3447-7480
Kelaine	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Syendra	14/09/2022

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

Observações

O aluno estava em aula no jardim, escorregando no moinho com água e sabão. Aluno fez uso de gelo gelado e tipóia provisória. Encaminhado ao hospital para avaliação médica. Pais cientes avisados pela equipe de preceptoria.

Ass.: _____

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

Syendra Rinaldi Oliveira

176.726.884/0044-68

Instituição Adventista
Sul Brasileira de Educação

Rua: BR, 101 - KM 64, 17400
Bairro: Corveta - Cep: 89245-000
Araquari - Santa Catarina

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRÔNICA

Governo do Estado de Santa Catarina
Secretaria da Fazenda

Chave de Acesso: 4222 0984 6834 8101 0059 6500 1000 0379 9112 2391 8442 Número NF-e: 37991

Data de Emissão: 14/09/2022 18:44:39-03:00

Dados da NFC-e

Modelo	Série	Número	Data de Emissão	Data Saída/Entrada	Valor Total da Nota Fiscal
65	1	37991	14/09/2022 18:44:39-03:00		69,37

Emitente	Nome / Razão Social	Inscrição Estadual	UF
CNPJ			
84.683.481/0100-59	CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS	254357601	SC

Destinatário	Nome / Razão Social	Inscrição Estadual	UF
CNPJ			
15.116.763/0004-12	INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUD		PR

Destino da operação	Consumidor final	Presença do Comprador
1 - Operação Interna	1 - Consumidor final	1 - Operação presencial

Produtos	Quantidade	Unid. Com.	Valor Unit.	Valor Prod
Descrição				
1 FLANCOX C/14 CPR REV 500MG	1,0000	UN	46,42	46,42
2 BIOFENAC 60GR AERO 11,6MG	1,0000	UN	25,87	25,87

Emissão	Versão do Processo	Tipo de Emissão	Finalidade
Processo			
0 - com aplicativo do Contribuinte	000	1 - Normal	1 - Normal
Natureza da Operação	Tipo da Operação	Digest Value da NF-e	
VENDA MERC.ADQ.REC.TERC	1 - Saída	1Q8xV2SmmV/MWUnmUow0ZX8vLk=	

Situação Atual: AUTORIZADA (Ambiente de autorização: produção)	Data Inclusão BD
Eventos da NF-e	
Autorização de Uso	342220206234914 14/09/2022 às 18:44:40-03:00 -

Dados do Emitente

Nome / Razão Social	Nome Fantasia
CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS	DC JLLE DONA HELENA
CNPJ	Endereço
84.683.481/0100-59	RUA BLUMENAU, 138
Bairro / Distrito	CEP
CENTRO	89204-250
Município	Telefone
4209102 - JOINVILLE	(47)3433-1518

UF	País
SC	1058 - BRASIL
Inscrição Estadual	Inscrição Estadual do Substituto Tributário
254357601	
Inscrição Municipal	Município da Ocorrência do Fato Gerador do ICMS
	4209102
CNAE Fiscal	Código de Regime Tributário
	3 - Regime Normal

Dados do Destinatário

Nome / Razão Social	
INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUD	
CNPJ	Endereço
15.116.763/0004-12	JULIA DA COSTA, 1447
Bairro / Distrito	CEP
BIGORRILHO	
Município	Telefone
4106902 - CURITIBA	
UF	País
PR	1058 - BRASIL
Indicador IE	Inscrição SUFRAMA
09 - Não Contribuinte, que pode ou não possuir Inscrição Estadual no Cadastro de Contribuintes do ICMS	Inscrição Estadual
IM	E-mail

Dados dos Produtos e Serviços

Num.	Descrição	Qtd.	Unidade Comercial	Valor(R\$)
1	FLANCOX C/14 CPR REV 500MG	1,0000	UN	46,42
2	BIOFENAC 60GR AERO 11,6MG	1,0000	UN	25,87

Totais

ICMS			
Base de Cálculo ICMS	Valor do ICMS	Valor do ICMS Desonerado	Valor Total do FCP
69,37	11,79	0,00	0,00
Valor Total ICMS FCP	Valor Total ICMS Interestadual UF Destino	Valor Total ICMS Interestadual UF Rem.	Base de Cálculo ICMS ST
			0,00
Valor ICMS Substituição	Valor Total do FCP retido por ST	Valor Total do FCP retido anteriormente por ST	Valor Total dos Produtos
0,00	0,00	0,00	72,29
Valor do Frete	Valor do Seguro	Valor Total dos Descontos	Valor Total do II
0,00	0,00	2,92	0,00
Valor Total do IPI	Valor Total do IPI Devolvido	Valor do PIS	Valor da COFINS
0,00	0,00	0,00	0,00

Joinville, 14 de setembro de 2022.

Vitor Fernando Lorentino

:USO ORAL

Flancox 500 mg

Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas, POR 5 DIAS.

Caixa com 14 comprimidos.

:USO TÓPICO

Biofenac

Diclofenaco Sódico (1 Frasco)

Aplicar 3 vezes ao dia, SE DOR



Dr. Mário Sérgio da S. Miranda
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15846 - RQE 10.930

Dr. Mario Sergio da Silva Miranda (CRM 15846)

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	702970	Atendimento	7807862	ID	
Nome	Vitor Fernando Lorentino	Sexo	Masculino	Paciente:	978165
Mãe	Patricia Daiane Correa Lorentino	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	7880
Data Nascto	11/03/2007	Cód.Usuário	1333217	Funcionário	Leticia.Santos
Idade	15 anos e 6	Senha		Dt.Validade	31/12/2222
Data	14/09/2022	Hora	18:15	Responsável	Olivaldo Leitzke
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	Guia 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, 14 de setembro de 2022