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)
2426	Vitor Hugo Granza

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R$ 99,55	113847	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos
R$ 99,55	**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, 14 de novembro de 2022

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Vitor Hugo Granza
Nº da Carteirinha: 13.3.2426
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 14/01/2006 | **Nº da Guia:** 8707

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/10/2022	09:45:00	Pátio	Intervalo (**Ex.: recreio**)

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (**Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro**)	Mão Direita, 1º Dedo Mão Direita

Descrição

O aluno estava no horário do recreio brincando de jogar basquete com os amigos, quando a bola bateu no seu dedo provocando estalo e muitas dores, foi colocado gelo e pomada anti-inflamatória, mas não melhorou as dores.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ricardo Bertazzo	(47) 99773-0261
Bruno Rederd	(47) 99998-2381

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ricardo Bertazzo	26/10/2022

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 no horário do recreio brincando de jogar basquete com os amigos, quando a bola bateu no seu dedo provocando estalo e muitas dores, foi colocado gelo e pomada anti-inflamatória, mas não melhorou as dores.

IAESC
Dpto. Pessoal
João Teodoro de Azevedo Júnior
CPF 004.904.029-38

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

Ass.: _____

Geazi Gomes de Oliveira

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

CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS

RUA BLUMENAU, 138
CENTRO
JOINVILLE
SC
TEL/FAX: 4734331518
CEP: 89204250

DROGARIA catarinense

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - Entrada
1 - Saída [1]

Nº 000.113.847
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
4222 1084 6834 8101 0059 5500 1000 1138 4712 2104 7100

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
LANC. REGISTRADO EM EQUIP. CUPOM FISCAL	342220222497821 - 26/10/2022 10:42:55

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ
254357601		84.683.481/0100-59

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
INST ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE			15.116.763/0004-12	26/10/2022
ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO		CEP	DATA DE SAÍDA/ENTRADA
ALAMDE JULIA DA COSTA, 1447	BIGORRILHO		80730-070	26/10/2022
MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
CURITIBA	(41) 3240-2942	PR		10:42:51

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	99,55

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	99,55

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 LIQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UN:D.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
1000009283	FLANCOX C/14 CPR REV 500MG [L:22040129 Qt:1]	30049079	0 41	5929	UN	1	46,42000000	46,42	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000007837	LISADOR C/24 CPR 5+10+500MG [L:B22D2580 Qt:1]	30049099	0 41	5929	UN	1	53,13000000	53,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Nr. Fabricacao do ECF: EP122010000000034707 COO: 114876 NFC-e nr. 4345622 Serie ECF Emitido em: 26/10/2022 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 99.55 Valor do ICMS = 16.92 Valor do ICMS Desonerado: 11,95	

HOSPITAL Dona HELENA

Dr. Braulio Cesar da Rocha Barbosa
Diretor Técnico Médico
CRM - SC 3379

Agende suas consultas e exames online através do
www.donahelena.com.br/agendaonline

Joinville, 26 de outubro de 2022.

Vitor Hugo Granza

FLANCOX 500---------- (1 caixa)
Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas POR 5 DIAS

Lisador Dipirona+Prometazina+Adifenina ----------(1 caixa)
Tomar 1 comprimido 8/8 horas SE DOR

ORIENTAÇÃO DE ALTA
- COMPRESSA DE GELO 20 MIN
- USAR TALA GESSADA

RETORNO ANTES SE NECESSARIO OU SINAIS DE RISCO

TELEFONE: 47- 3451 - 3322 // 47 3451 - 3321

Dr. Vitor Corotti
Ortopedia e Traumatologia
Especialista Joelho / Esporte
CRMPR 30290 / CRMSC 24492
TEOT: 14810 / ROE: 15170
Tel: 47 99616-1220 / 41 99872-6120

Dr. Vitor Gustavo de Paiva Corotti (CRM 24492)

HOSPITAL Dona HELENA

7873657

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1074974	Atendimento	7873657	ID Paciente:	1422189
Nome	**Vitor Hugo Granza**	Sexo	Masculino		
Mãe	Elaine Cristina Ganza	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	8707
Data Nascto	14/01/2006	Cód.Usuário	1332426	Funcionário	Juliane.Silva
Idade	16 anos e 9	Senha		Dt.Validade	26/10/2022
Data	26/10/2022	Hora	09:36	Responsável	Isac Cesar Fernandes
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	Autorização e Cópia do doc 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 entro 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 n° 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, 26 de outubro de 2022

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.	RESPONSÁVEL	PACIENTE	TESTEMUNHA / CPF