



**IAESC**

INSTITUTO ADVENTISTA DE  
ENSINO DE SANTA CATARINA

<b>Favorecido</b>	<b>Instituição Adventista Sul Brasileira de Educação - IAESC</b>
<b>CNPJ</b>	<b>76.726.884/0044-68</b>
<b>Banco</b>	<b>237 - Bradesco</b>
<b>Agencia</b>	<b>2693</b>
<b>C. Corrente</b>	<b>11272-0</b>

**Dados do reembolso - Seguro Aluno**

<b>Código</b>	<b>Nome Aluno (a)</b>
3057	Vitoria Wollinger

**Descrição dos Gastos**

<b>Valor</b>	<b>NF</b>	<b>Prestador</b>	<b>Descrição</b>
R\$ 36,90	74477	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos

**R\$ 36,90 Total Reembolso**

Dpto. Pessoal  
João Teodoro de Azevedo Júnior  
CPF: 054.908.029-38

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, 23 de setembro de 2022

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Vitória Wollinger  
**Nº da Carteira:** 13.3.3057  
**Instituição:** Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina

**Data de Nascimento:** 28/04/2005

**Nº da Guia:** 7993

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/09/2022	16:47:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Direita, 1º Dedo Mão Direita

**Descrição**  
A aluna estava no ginásio do colégio jogando vôlei, quando ela foi recepcionar a bola e o dedo polegar direito acabou virando com muita força para trás, foi utilizado gelo para aliviar a dor.

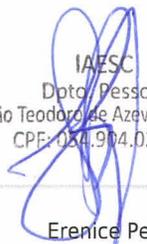
Testemunha da ocorrência	Telefone
Kerolayne Viana da Silva	(47) 9601-1884
Kerolayne Viana da Silva	(47) 9601-1884

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kerolayne Viana da Silva	20/09/2022

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

**Observações**  
A aluna estava no ginásio do colégio jogando vôlei, quando ela foi recepcionar a bola e o dedo polegar direito acabou virando com muita força para trás, foi utilizado gelo para aliviar a dor. Pais Cientes!

76.726.884/0044-68

Ass.:   
Erenice Pereira De Araujo

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://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 5956 6500 1000 0744 7712 2272  
0297

Número NF-  
e: 74477

Data de Emissão: 20/09/2022 20:29:27-03:00

## Dados da NFC-e

Modelo	Série	Número	Data de Emissão	Data Saída/Entrada	Valor Total da Nota Fiscal
65	1	74477	20/09/2022 20:29:27-03:00		36,90

## Emitente

CNPJ	Nome / Razão Social	Inscrição Estadual	UF
84.683.481/0159-56	CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS	255965770	SC

## Destinatário

CNPJ	Nome / Razão Social	Inscrição Estadual	UF
76.726.884/0044-68	INST. ADVE SUL BRAS DE EDUCACAO		SC

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

## Produtos

Descrição	Quantidade	Unid. Com.	Valor Unit.	Valor Prod
1 FLANCOX C/14 CPR REV 500MG	1,0000	UN	46,42	46,42

## Emissão

Processo	Versão do Processo	Tipo de Emissão	Finalidade
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 - Saida	3cEUf3H/GMvmRik2wAOiYJwpX/s=	

## Situação Atual: AUTORIZADA (Ambiente de autorização: produção)

Eventos da NF-e	Protocolo	Data Autorização	Data Inclusão BD
Autorização de Uso	342220213572474	20/09/2022 às 20:29:35-03:00	-

## Dados do Emitente

Nome / Razão Social	Nome Fantasia
CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS	PP JLLE JOAO COLIN I
CNPJ	Endereço
84.683.481/0159-56	RUA DR JOAO COLIN, 620 LOJA 02
Bairro / Distrito	CEP
CENTRO	89201-300
Município	Telefone
4209102 - JOINVILLE	(47)3433-7575
UF	País
SC	1058 - BRASIL
Inscrição Estadual	Inscrição Estadual do Substituto Tributário
255965770	
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. ADVE SUL BRAS DE EDUCACAO		
CNPJ	Endereço	
76.726.884/0044-68	BR 101 KM64, 17400	
Bairro / Distrito	CEP	
CORVETAS		
Município	Telefone	
4209102 - JOINVILLE		
UF	País	
SC	1058 - BRASIL	
Indicador IE	Inscrição Estadual	Inscrição SUFRAMA
09 - Não Contribuinte, que pode ou não possuir Inscrição Estadual no Cadastro de Contribuintes do ICMS		
IM	E-mail	
	compras@iaesc.org.br	

**Dados dos Produtos e Serviços**

Num.	Descrição	Qtd.	Unidade Comercial	Valor(R\$)
1	FLANCOX C/14 CPR REV 500MG	1,0000	UN	46,42

**Totais**

<b>ICMS</b>			
Base de Cálculo ICMS	Valor do ICMS	Valor do ICMS Desonerado	Valor Total do FCP
36,90	6,27	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	46,42
Valor do Frete	Valor do Seguro	Valor Total dos Descontos	Valor Total do II
0,00	0,00	9,52	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
Outras Despesas Acessórias	Valor Total da NFe	Valor Aproximado dos Tributos	
0,00	36,90	11,81	

**Dados do Transporte**

Modalidade do Frete
9 - Sem Ocorrência de Transporte

**Formas de Pagamento**

Ind. Forma de Pagamento.	Meio de Pagamento	Valor do Pagamento
	1 - Dinheiro	40,00

**Informações Adicionais**

XSLT: v4.0.4a

Formato de Impressão DANFE
4 - DANFE NFC-e

**Informações Complementares de Interesse do Contribuinte**

Descrição
CAIXA: 080012 CONTROLE: 3005 Operador: 404022 Vendedor: 404022 VOCE ECONOMIZOU: 9,52

**Informações Suplementares**

Joinville, 20 de setembro de 2022.

**Vitoria Wollinger**

**USO INTERNO VIA ORAL:**

1. FLANCOX 500 MG ----- 1 CAIXA  
TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 12 HORAS POR 5 DIAS.

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

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

Dr. Jan Gabriel Tamanini (CRM 20947)



## FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1283494	Atendimento	7816740	ID	
Nome	Vitoria Wollinger	Sexo	Feminino	Paciente:	1693043
Mãe	Jordana Hoffmann Wollinger	Clínica	Emergência Clínica	Guia	7993
Data Nascto	28/04/2005	Cód.Usuário	1333057	Funcionário	Carolina.C
Idade	17 anos e 4	Senha	7993	Dt.Validade	20/09/2022
Data	20/09/2022	Hora	19:19	Responsável	Deise Maria Barbosa
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	Autorização 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 declara ter ciência 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.

É 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, 20 de setembro de 2022