

 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)			
3304	Waldemar Lascoski Neto			
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador	Descrição	
R\$ 61,67	42371	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos	
R\$ 61,67	Total Reembolso			

IAESC
 Data: Pessoal
 João Teodoro de Azevedo Júnior
 CPF: 890.904.029-38

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: Waldemar Lascoski Neto

Nº da Carteirinha: 13.3.3304

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 07/11/2006

Nº da Guia: 8587



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/10/2022	15:30:00	Pátio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição

o aluno durante uma atividade de vôlei com amigos no pátio da escola pisou sobre a bola torcendo o pé na articulação do tornozelo esquerdo

Testemunha da ocorrência	Telefone
Andre Coordenador de Disciplina	(47) 9795-5410

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enfermeira Syendra	19/10/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

encaminhou para atendimento medico

Ass.:

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

Geazi Gomes de Oliveira

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

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 1084 6834 8101 0059 6500 1000 0423 7112 2192
Data de Emissão: 19/10/2022 22:35:19-03:00
Número NF-e: 42371

Dados da NF-e

Modelo	Série	Número	Data de Emissão	Data de Entrada	Valor Total da Nota Fiscal
65	1	42371	19/10/2022 22:35:19-03:00		61,67

Entente
CNPJ 84.683.481/0100-59 Nome / Razão Social CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS UF SC

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

Produtos
1 DORILEN C/12 CPR 5+10+500MG 1,0000 UN 20,33 20,33
2 FLANCOX C/14 CPR REV 500MG 1,0000 UN 46,42 46,42

Emissão
Processo 0 - com aplicativo do Contribuinte 000 Versão do Processo 1 - Normal Tipo de Emissão 1 - Normal Finalidade 1 - Normal

Natureza da Operação 1 - Salda Digest Value da NF-e wltwlpzAcXeydGgocf1GakmZDU=

Situação Atual: AUTORIZADA (ambiente de autorização: produção)
Eventos da NF-e 342220250703031 Protocolo 19/10/2022 às 22:35:20-03:00 Data Inclusão BD

Dados do Emitente

Nome / Razão Social	Nome Fantasia
CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS	DC LILE 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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRÔNICA

CODIGO	DESC	QTD	UN	VL UNIT	DESC	TOTAL	LÍQUIDO
1000001457	DORILEN C/12 CPR 5+10+500MG	1	UN	20,33		20,33	15,25
1000009283	FLANCOX C/14 CPR REV 500MG	1	UN	46,42		46,42	46,42
QTD TOTAL DE ITENS							2
VALOR TOTAL R\$							66,75
DESCONTO TOTAL R\$							6,08
VALOR A PAGAR R\$							61,67
FORMA PAGAMENTO							VALOR PAGO R\$
Dinheiro							102,00
TROCO							40,33

Número: 000042371 Série: 1 Emissão: 19/10/2022 22:35:19

Consulte pela Chave de Acesso em:
<http://susefsc.gov.br/nfeconsulta>

4222 1084 6834 8101 0059 6500 1000 0423 7112 2192 2359
Protocolo de Autorização: 342220250703031 - 19/10/2022 22:35:20

CONSUMIDOR CNPJ 15.116.763/0004-12
INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUD
Endereço: JULIA DA COSTA, 1447 - BIGORRILHO - CURITIBA



Tributos Incidentes Lei Federal 12.741/12
CAIXA: 072805 CONTROLLE: 15809 Operador: 106403 Vendedor: 462001
VOCE ECONOMIZOU: 6,08
Total R\$ 10,87

UF	PAIS
SC	1058 - BRASIL
Inscrição Estadual	Inscrição Estadual do Substituto Tributário
254357801	
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 - CURTIBA	
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	
IM	E-mail

Dados dos Produtos e Serviços

Núm.	Descrição	Qtd.	Unidade Comercial	Valor(R\$)
1	DORILEN C/12 CPR 5+10+500MG	1.0000	UN	20,33
2	FLANCOX C/14 CPR REV 500MG	1.0000	UN	46,42

Totais

ICMS				
Base de Cálculo ICMS	Valor do ICMS	Valor do ICMS Desonerado	Valor Total do FCP	
61,67	10,48	0,00	0,00	
Valor Total ICMS FCP	Valor Total ICMS Interestadual UF	Valor Total ICMS Interestadual UF	Base de Cálculo ICMS ST	
	Destino	Rem.	0,00	
Valor ICMS Substituição	Valor Total do FCP reido por ST	Valor Total do FCP reido anteriormente por ST	Valor Total dos Produtos	
0,00	0,00	0,00	66,75	
Valor do Frete	Valor do Seguro	Valor Total dos Descontos	Valor Total do II	
0,00	0,00	5,08	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	61,67	18,87

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		102,00

Informações Adicionais

XSLT: v4.0.4a

Formato de Impressão DANFE

4 - DANFE NFC-e

Informações Complementares de Interesse do Contribuinte

Descrição

CAIXA: 072805 CONTROLE: 15909 Operador: 106403 Vendedor: 452001 VOCE ECONOMIZOU: 5,08

Informações Suplementares

QR-Code

<https://sat.sef.sc.gov.br/nfce/consulta?p=42221084683481010059650010000423711221922359121114f35b82425fADF12231f847f647c123644f6978a>

URL NFC-e

<https://sat.sef.sc.gov.br/nfce/consulta>

Informações do Responsável Técnico pela emissão do DF-e

CNPJ	Nome da pessoa a ser contatada	E-mail	Telefone
84.683.481/0001-77	Jose Oscar Schmidt	oscar@clamed.com.br	4734619994

Dados de Nota Fiscal Avulsa

CNPJ

Repartição Fiscal do Emittente

Matrícula do Funcionário

Nome do Funcionário

Fone / Fax

UF

Número do Documento Arrecadação

Valor Total do Documento Arrecadação

Data de Emissão do Documento Arrecadação

Data do Pagamento do Documento Arrecadação

Joinville, 19 de outubro de 2022.

Waldemar Lascoski Neto

USO INTERNO

1. FLANCOX 500MG ----- 01 CAIXA

TOMAR 01 COMPRIMIDO VIA ORAL DE 12 EM 12 HORAS POR 7 DIAS.

2. LISADOR ----- 01 CAIXA

TOMAR 01 COMPRIMIDO VIA ORAL DE 08 EM 08 HORAS POR 5 DIAS.

RETORNO NO CDO DO HOSPITAL DONA HELENA (10º ANDAR)

AMBULATÓRIO DO PÉ

DR CASSIO

EM 01 SEMANA

LIGAR NO TELEFONE 3451-3322 // 3451-3321 PARA AGENDAR CONSULTA.

Dr. Reynaldo Lemos S. Neto
Médico
CRM/SC 25873

Dr. Reynaldo Lemos de Souza Neto (CRM 25873)

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1285716
Nome Waldemar Lascoski Neto
Mãe Denise Eloa da Silva
Data Nascto 07/11/2006
Idade 15 anos e
Data 19/10/2022
Convênio Escola Adventista

Atendimento 7863268
Sexo Masculino
Clínica Emergência Ortopédica
Cód.Usuário 1333304
Senha
Hora 21:27
Obs. Conv.: copia doc + termo em anexo

ID Paciente: 1695859
Guia 8587
Funcionário Lucilene Sarda
Dt. Validade 19/10/2022
Responsável Tatiane Grazielle Salvador

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, 19 de outubro de 2022

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF