

 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)		
3076		Guilherme Pires dos Santos		
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador	Descrição	
R\$ 37,08	50079	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos	
R\$ 37,08	Total Reembolso			

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

RH - IAESC

Tesouraria

Araquari, 03 de novembro de 2021

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Guilherme Pires dos Santos

Nº da Carteira: 13.3.3076

Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 14/03/2006

Nº da Guia: 4180

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/10/2021	08:56:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Tornozelo Esquerdo

Descrição
O aluno deu um pulo e pisou em falso, torcendo assim o tornozelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Malton	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Malton	20/10/2021

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

Observações
O aluno foi atendido pelo professor que solicitou que estivéssemos encaminhando para o hospital

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

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

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

CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS AV GETULIO VARGAS, 1343  FARMÁCIA PREÇO POPULAR		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 - Saída 1 Nº 000.050.079 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1		
		CHAVE DE ACESSO 4221 1084 6834 8102 5080 5500 1000 0500 7912 1110 2100		
		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 342210196918295 - 20/10/2021 11:33:38		
INSCRIÇÃO ESTADUAL 256571384		INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA CNPJ 84.683.481/0250-80		

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		CNPJ/CPF 15.116.763/0004-12		DATA DA EMISSÃO 20/10/2021	
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447		BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO		CEP 80730-070	
MUNICÍPIO CURITIBA		FONE/FAX		UF PR	
		INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DE SAÍDA 11:33:34	

FATURA
CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00		VALOR DO ICMS 0,00		BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 41,86	
VALOR DO FRETE 0	VALOR DO SEGURO 0	DESCONTO 4,78	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 37,08			

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 9-Sem Frete		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍC		UF		CNPJ/CPF	
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 UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
731142	FLANCOX C/14 CPR REV 500MG [Vl. Desconto: R\$4,78]	30049079	0 41	5929	UN	1	41,8600	41,86	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricação do ECF: SW03110000000020318 COO: 107800 NFC-e nr. 889705 Serie ECF Emitido em: 20/10/2021 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B1E6 Base de calculo de ICMS = 37,08 Valor do ICMS = 6.30 Valor do ICMS Desonerado: 4,45	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

Joinville, 20 de outubro de 2021.

Guilherme Pires dos Santos

Flancox 500 mg

Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas POR 5 DIAS

ORIENTAÇÕES DE ALTA

COMPRESSA DE GELO 20 MINUTOS 4 X POR DIA

USAR DUAS MULETAS, E ROBOFOOT

ORIENTAÇÕES DE RETORNO AMBULATORIAL

MARCAR RETORNO AMBULATORIAL NO CDO COM PARA REAVALIAÇÃO COM EQUIPE DE ORTOPEDIA DO HOSPITAL DONA HELENA

RETORNO EM 1 SEMANA - ENCAIXE AUTORIZADO

ESPECIALISTA DO PÉ E TORNOZELO: DR CÁSSIO HIRAGA

RETORNO ANTES NO PS OU AMBULATORIAL NO CDO COM PARA REAVALIAÇÃO SE NECESSÁRIO

PARA MARCAR CONSULTA:

POR TELEFONE: (47) 3451-3322 / 3451-3321

PELO SITE www.hospitaldonahelena.com.br/agendaonline

LOCAL:

HOSPITAL DONA HELENA

CDO – CENTRO DE DIAGNOSTICO ORTOPÉDICO (10º ANDAR)

RUA BLUMENAU, 123 - CENTRO - JOINVILLE - SC

28/10
9:00
RECONSULTA

Dr. Vitor Corotti
Ortopedia e Traumatologia
Especialista Joelho / Esporte
CRM/PR 37290 / CRM/SC 24492
TEOT: 4518 / ROE: 15170
Tel: 47 99616-1220 / 41 99872-6120

Dr. Vitor Gustavo de Paiva Corotti (CRM 24492)

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1260784	Atendimento	7426521	ID	
Nome	Guilherme Pires dos Santos			Paciente:	1664444
CPF		Identidade	124018390	Religião	
Data Nascto	14/03/2006	Sexo	Masculino	Est. Civil	
Idade	15 anos e 7	Celular	997551148	CEP	89.245-000
Endereço	br 101 17400	Bairro		Cidade	Araquari
Responsável	Rafael Evangelista	CPF	07637723992	Telefone	997389778
Endereço	Br 101,17400,,Km 64	Clínica	Emergência Ortopédica		
Data	20/10/2021			Hora	09:57
Convênio	Escola Adventista	Cód.Usuário	1333076	Dt.Validade	20/10/2021
Guia	4180	Senha			
Funcionário	Juliane.Silva				
Obs. Conv.:	autorizacao e cópia do documento 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, 20 de outubro de 2021

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF