

**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)**

2824

Matheus Wendrechowski Monteiro dos Santos

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 55,17	104441	Cia Latino Americana de Medicamentos	Medicamentos

R\$ 55,17**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: Matheus Wendrechowski Monteiro dos Santos
Nº da Carteira: 13.3.2824
Instituição: Inst. Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 02/04/2004

Nº da Guia: 4241

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/10/2021	18:57:00	Jardim	Deslocamento interno

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

Descrição
O aluno estava descendo com o carrinho quando o carrinho travou jogando o rapaz que caiu em cima do próprio braço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Alex	(47) 3447-7401

Quem prestou primeiros socorros	Data
Alex	24/10/2021

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 monitor que encaminhou para a preceptoria, mas o aluno estava com muita dor e seu braço estava enxado.

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

RUA BLUMENAU, 138

CENTRO
JOINVILLE
SC

TEL/FAX: 4734331518
CEP: 89204250



DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - Entrada
1 - Saída
Nº 000.104.441
SÉRIE: 1
FOLHA: 1 de 1



CHAVE DE ACESSO

4221 1084 6834 8101 0059 5500 1004 4112 1185 0109

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

342210202555905 - 27/10/2021 18:39:59

NATUREZA DA OPERAÇÃO

LANC. REGISTRADO EM EQUIP. CUPOM FISCAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL
254357601

INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB-TRIBUTÁRIA

CNPJ

84.683.481/0100-59

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME RAZÃO SOCIAL

CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

CNPJ/CPF

15.116.763/0004-12

DATA DA EMISSÃO

27/10/2021

ENDEREÇO

JULIA DA COSTA, 1447

BAIRRO/DISTRITO
BIGORRILHO

CEP

80730-070

DATA DE SAÍDA/ENTRADA

27/10/2021

MUNICÍPIO

CURITIBA

FONE/FAX

UF

PR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

18:39:52

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		57,60
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA		
0	0	2,43	0,00	0,00	0,00	55,17		

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO		9-Sem Frete				
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.CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
705203	MAXSULID C/10 CPR 400MG	30049099	0 41	5929	UN	1	39,2100	39,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
740643	DIPIRONA PRATI C/20 CPR 1000MG GEN	30049069	0 41	5929	UN	1	18,3900	18,39	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	[VL. Desconto: R\$2,43]													

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Nr. Fabricação do ECF: EP121810000000025028
COO: 240926
NFC-e nr. 4191475 Serie ECF Emitido em: 24/10/2021
MD5: 7F9DBDE6AA08707394152424630B156
Base de cálculo de ICMS = 55,17
Valor do ICMS = 9,38 Valor do ICMS Desonerado: 6,63

RESERVADO AO FISCO

Joinville, 24 de outubro de 2021.

Matheus Wendrechowski Monteiro dos Santos

Uso oral

1 - Lisador DIP ----- 1 caixa

Tomar 1 comprimido de 6 em 6 horas, se dor.

2 - Maxsulid 400 ----- 1 caixa

Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas durante 3 dias.

*Ingerir após alimentação.

Manter imobilização

Cuidados com tala

Não fazer esforços

Gelo local

Em caso de emergência retornar ao pronto-socorro

Agendar retorno no CDO do Hospital Dona Helena

- Dr Reynaldo Lemos, Dra Aline Gafuri ou Dr Márcio Fialla

→ - Encaixe autorizado para 03/11/2021

Telefone para agendamento: 3451-3322 ou 3451-3321

Dr. Felipe Younes Quatrin
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SC 21827
RQE 17313 / TEOT 16495

Dr. Felipe Younes Quatrin (CRM 21827)

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1261057	Atendimento	7430655	ID	
Nome	Matheus Wendrechowski Monteiro dos Santos			Paciente:	1664776
CPF	12654967905	Identidade		Religião	
Data Nascto	02/04/2004	Sexo	Masculino	Est. Civil	
Idade	17 anos e 6	Celular	988825965	CEP	83.800-000
Endereço	Estrada do Diamante 23	Bairro	Diamante	Cidade	Mandirituba
Responsável	Andre Ramos de Souza	CPF	33521516873	Telefone	999488810
Endereço	BR 101 KM 64,17400,Corveta,	Clínica	Emergência Ortopédica		
Data	24/10/2021			Hora	20:01
Convênio	Escola Adventista	Cód.Usuário	1332824	Dt.Validade	24/10/2021
Guia		Senha			
Funcionário	Lucilene Sarda				
Obs. Conv.:	autorização + copia doc aluno 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, 24 de outubro de 2021

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF