

 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)			
3637	Ana Vitoria Vasconcelos Tavares			
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador	Descrição	
R\$ 63,80	120.064	Cia Latino Americana de	Medicamentos	
R\$ 63,80	Total Reembolso			

Araquari, 12 de Junho de 2023.

Sydney Olivero
Operador do processo

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Vitória Vasconcelos Tavares

Nº da Carteira: 13.3.3637

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 18/05/2007

Nº da Guia: 11718



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/06/2023	21:30:00	Ginásio	Olimpiadas escolares

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição

Aluna estava pulando em comemoração, quando desceu o pé no chão, pisou em falso e acabou torcendo o tornozelo esquerdo. Dor e edema no maléolo. Fez gelo, passou gelol e está com bota de imobilização desde domingo de manhã. Mantem dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Mireia Gerlain	(47) 3447-7400
Prepa Cristiane Almeida	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Prepa Grazielly Oliveira	05/06/2023

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

Observações

Aluna estava pulando em comemoração, quando desceu o pé no chão, pisou em falso e acabou torcendo o tornozelo esquerdo. Dor e edema no maléolo. Fez gelo, passou gelol e está com bota de imobilização desde domingo de manhã. Mantem dor.

Ass.:

Syendra Rinaldi Oliveira
Syendra Rinaldi Oliveira

Erenice Pereira de Araujo

Enfermeira

com códigos e valores discriminados, relatando detalhadamente o atendimento e Nota Fiscal para o link:
<https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou assistenciamedica@clinicaadventista.org.br
(não credenciados) com o N.º 630647

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

Joinville, 5 de junho de 2023.

Ana Vitoria Vasconcelos Tavares

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

Não pisar

Não fazer esforços

Gelo local

Em caso de emergência retornar ao pronto-socorro

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

Dr. Felipe Younes Quatrin (CRM 21827)

CIA LATINO AMERICANA DE
MEDICAMENTOS

RUA BLUMENAU, 138
CENTRO
JOINVILLE
SC
CEP: 89204250
TELEFONE: 4734331518



DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0 - Entrada
1 - Saída

Nº 000.120.064
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1



CHAVE DE ACESSO
4223 0684 6834 8101 0059 5500 1000 1200 6412 3150 5061

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
342230124568735 - 05/06/2023 15:46:29

INSCRIÇÃO ESTADUAL
254357601

INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA

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 05/06/2023
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447		BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO		CEP 80730-070	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 05/06/2023
MUNICÍPIO CURITIBA		FONE/FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA 15:46:23

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 68,77	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 4,97	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 63,80		

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 LIQUIDO	

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
1000003420	MAXSULID C/10 CPR 400MG [L:B22J231 Qt:1]	30049099	0 41	5929	UN	1	45,90000000	45,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000010017	LISADOR DIP C/10 CPR 1000MG [L:B22M1674 Qt:1] [Vl. Desconto: R\$4,97]	30049069	0 41	5929	UN	1	22,87000000	22,87	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricacao do ECF: EP121810000000025028 COO: 435041 NFC-e nr. 4441540 Serie ECF Emitido em: 05/06/2023 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 63,80 Valor do ICMS = 10.85 Valor do ICMS Desonerado: 7,66	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

62

Prontuário	1288759	Atendimento	8262117	ID	
Nome	Ana Vitoria Vasconcelos Tavares	Sexo	Feminino	Paciente:	1699636
Mãe	Ana Rita Vasconcelos Rosa	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	11718
Data Nascto	18/05/2007	Cód.Usuário	1333637	Funcionário	Leticia.Santos
Idade	16 anos	Senha		Dt.Validade	31/12/2222
Data	05/06/2023	Hora	14:32	Responsável	Kerolayne Viana da Silva
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	Cópia do documento e 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 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, 5 de junho de 2023

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF