

 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)			
2757	Beatriz Inês Prado Fagundes			
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador	Descrição	
R\$ 44,08	119.418	Cia Latino Americana de	Medicamentos	
R\$ 44,08	Total Reembolso			

Araquari, 24 de Maio de 2023.

Syendra Oliveira
Operador do processo

Syendra Rinaldi Oliveira
Enfermeira
COREN N: 639647

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Beatriz Inêz Prado Fagundes

Nº da Carteirinha: 13.3.3701

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 20/11/2007

Nº da Guia: 11293



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/05/2023	07:51:00	Escada	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Joelho Esquerdo

Descrição

A aluna estava descendo a escada para se deslocar para aula, quando se desequilibrou, caiu e bateu o joelho esquerdo, sendo esse em processo de recuperação de uma cirurgia.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Erenice	(47) 99773-0494
Erenice	(47) 99773-0494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Preceptora Kerolaine	16/05/2023

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 descendo a escada para se deslocar para aula, quando se desequilibrou, caiu e bateu o joelho esquerdo, sendo esse em processo de recuperação de uma cirurgia.

Ass.: _____

Syendra Oliveira

Erenice Rinaldi Oliveira
Enfermeira

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

Joinville, 16 de maio de 2023.

Beatriz Inez Prado Fagundes

USO ORAL:

1. DIPIRONA 1G----- 1 CAIXA
TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS SE DOR.
2. CETOPROFENO 150MG-----1 CAIXA
TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 12 HORAS (APÓS REFEIÇÃO) POR 5 DIAS

USO LOCAL

COMPRESSA COM GELO POR 15 MINUTOS, 5 VEZES AO DIA POR 5 DIAS.

EM CASO DE PIORA DO SINTOMAS DIRIGIR-SE AO PRONTO-SOCORRO.

Dr. Felipe Neves Campos
Ortopedia e Traumatologia
CRM SC 20308 RQE 14639 TEOT 15115

Dr. Felipe Neves Campos (CRM 20308)

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
1 - Saída 1
Nº 000.119.418
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1



CHAVE DE ACESSO
4223 0584 6834 8101 0059 5500 1000 1194 1812 3114 1054

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
342230107567672 - 16/05/2023 11:40:54

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
16/05/2023

ENDEREÇO
JULIA DA COSTA, 1447

BAIRRO/DISTRITO
BIGORRILHO

CEP
80730-070

DATA DE SAÍDA/ENTRADA
16/05/2023

MUNICÍPIO
CURITIBA

FONE/FAX

UF
PR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA
11:40:50

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 64,46
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 20,38	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 44,08

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 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	
1000022595	DIPIRONA EMS C/10 CPR 1GR GEN [L:3J5671 Qt:1] [Vl. Desconto: R\$7,87]	30049069	0 41	5929	UN	1	22,77000000	22,77	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000011020	CETOPROFENO MEDLEY C/10 CPR REV LP 150MG GEN [L:DRA00112 Qt:1] [Vl. Desconto: R\$12,51]	30049029	0 41	5929	UN	1	41,69000000	41,69	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Nr. Fabricacao do ECF: EP121810000000025028
COO: 428559
NFC-e nr. 4432378 Serie ECF Emitido em: 16/05/2023
MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156
Base de calculo de ICMS = 44.08
Valor do ICMS = 7.49 Valor do ICMS Desonerado: 5,29

RESERVADO AO FISCO

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

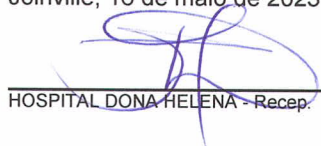
Prontuário	1297815	Atendimento	8222581	ID	
Nome	Beatriz Inez Prado Fagundes	Sexo	Feminino	Paciente:	1710233
Mãe	Rosilene Prado Nascimento Fagundes	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	11293
Data Nascto	20/11/2007	Cód.Usuário	1333701	Funcionário	Janaina.L
Idade	15 anos e 5	Senha		Dt.Validade	16/05/2023
Data	16/05/2023	Hora	10:03	Responsável	Kerolayne Viana da Silva
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	Autorizacao + copia do doc 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.

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, 16 de maio de 2023



HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF



Radiologia

Paciente : Beatriz Inez Prado Fagundes
Dt Nascimento: 20/11/2007 ID Paciente : 1710233
Protocolo:10628222581 e senha:G03C5E(Maiúscula)
Resultado a partir de: 23/05/2023 16:00:00



HOSPITAL
DONA
HELENA

Presc: 11042567



Radiologia - Pronto Atendimento
8222581

ID Paciente...: 1710233
Paciente : Beatriz Inez Prado Fagundes
Nome Social :
Prontuario: 1297815 Dt Solic : 16/05/2023 10:58:00
Idade....: 15a 5m Dt. Nascimento: 20/11/2007
Resultado a partir de: 23/05/2023 16:00:00

**Disponível em formato digital, acesse:
www.donahelena.com.br/clickvita, informe:
Protocolo:10628222581 e senha:G03C5E(Maiúscula)

Nº Exame	Lado	Ac. Number
Rx Joelho AP/Perfil/Axial de Patela	E	17676503