

 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)			
3260	Emanuele Ribeiro de Melo			
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador	Descrição	
R\$ 39,92	122.332	Cia Latino Americana de	Medicamentos	
R\$ 39,92	Total Reembolso			

Araquari, 04 de Setembro de 2023.

Syendra Oliveira
Operador do processo

Syendra Rinaldi Oliveira
Enfermeira
COREN N: 639647

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Emanuele Ribeiro de Melo

Nº da Carteirinha: 13.3.3260

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 02/08/2006

Nº da Guia: 12924

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/08/2023	14:38:00	Mão no ginásio e pé no quarto	Mão durante aula de educação física e pé deslocamento no quarto

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	2º Dedo Mão Esquerda, 3º Dedo Pé Esquerdo

Descrição
Aluna recebeu um saque muito forte jogando vôlei e no 2º dedo da mão esquerda, sentiu que deu um estalo, vem sentindo dor desde então. Aluna bateu o 3º dedo do pé esquerdo na quina da cama e depois ficou arroxeadado, inchado e doendo muito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Preceptora Erenice Araujo	(47) 3447-7400
Preceptora Jaqueline Santos	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Preceptora Gisela Cardoso	22/08/2023

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

Observações
Feito gelo e colocado pomada anti-inflamatória (Cataflan). Mãe ciente.

Ass.: Syendra Oliveira

Erenice Pereira De Araujo

Syendra Rinaldi Oliveira
Enfermeira
COREN N: 639647

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

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Guilherme Augusto Stirma (CRM 27722)

Blumenau, 123,
Fone: (47) 3451.3333
Joinville - SC

1º VIA FARMÁCIA

Dr. Bráulio Cesar da Rocha Barbosa
Diretor Técnico Médico
CRM - SC 3379

Agende suas consultas e exames online através do
www.donahelena.com.br/agendaonline

Paciente: **Emanuele Ribeiro de Melo**
Endereço: **Rodovia BR-101, 64 Rio Bonito (Piraberaba)**

Joinville, 22 de agosto de 2023

Data receita:

Prescrição:

TORAGESIC 10MG

Toragesic 10mg (1 Caixa)

TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 8/8 HORAS SUBLINGUAL

RETORNO AO PS SE NECESSÁRIO, CASO SINTOMAS DE AGRAVO

Dr. Guilherme A. Stirma
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião de Ombro e Cotovelo
CRM 27722 / REG. 16453

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
Iden.: Órg. Emissor:
End.:
Cidade: UF:
Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____

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 000.122.332 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 4223 0884 6834 8101 0059 5500 1000 1223 3212 3172 8086 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 342230191572945 - 22/08/2023 17:31:49
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ 84.683.481/0100-59

DESTINATÁRIO/REMETENTE	
NOME RAZÃO SOCIAL CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447	BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE/FAX
UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL
CNPJ/CPF 15.116.763/0004-12	DATA DA EMISSÃO 22/08/2023
CEP 80730-070	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 22/08/2023
HORA DE SAÍDA 17:31:44	

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 48,80	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 8,88	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 39,92		

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	
1000002317	TORAGESIC C/10 CPR SL 10MG [L:3M5231 Qt:1] [VL Desconto: R\$8,88]	30049062	0 41	5929	UN	1	48.80000000	48,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricacao do ECF: EP121810000000024370 COO: 255947 NFC-e nr. 4472677 Serie ECF Emitido em: 22/08/2023 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 39.92 Valor do ICMS = 6.79 Valor do ICMS Desonerado: 4,79	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1310931	Atendimento	8393491	ID	
Nome	Emanuele Ribeiro de Melo	Sexo	Feminino	Paciente:	1724739
Mãe	Kerolayne Viana	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	12924
Data Nascto	02/08/2006	Cód.Usuário	1333260	Funcionário	Isabela.Tais
Idade	17 anos	Senha		Dt.Validade	31/12/2023
Data	22/08/2023	Hora	16:23	Responsável	Kerolayne Viana da Silva
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	guia assinada em anexo + documento		

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, 22 de agosto de 2023

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF