

 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)			
2735	Felipe Specort da Costa			
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador	Descrição	
R\$ 64,29	121.768	Cia Latino Americana de	Medicamentos	
R\$ 64,29	Total Reembolso			

Syendra Oliveira
 Operador do processo

Araquari, 21 de Agosto de 2023.

Syendra Rinaldi Oliveira
Enfermeira
COREN N: 639647

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Felipe Specort da Costa

Nº da Carteira: 13.3.2735

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 02/02/2006

Nº da Guia: 12565



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/08/2023	08:17:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

O aluno estava na aula de educação física no dia 31/07/2023 quando torceu o joelho. Continuou praticando esportes normalmente até o dia 02/07/2023. Procurou atendimento no dia 03/08/23 com muitas dores. Foi feito gelo e tomou um anti-inflamatório.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ricardo Bertazzo	47997730261

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ricardo Bertazzo	04/08/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Esse referido joelho foi feito cirurgia em 2022.

Ass.:

Syendra Rinaldi Oliveira

Geazi Gomes de Oliveira

Syendra Rinaldi Oliveira
Enfermeira
COREN N: 639647

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, 4 de agosto de 2023.

Felipe Specort da Costa

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.

Não fazer esforços

Gelo local

Em caso de emergência retornar ao pronto-socorro

Agendar retorno no CDO do Hospital Dona Helena

- Dr Felipe Neves ou Dr Vitor Corotti

Telefone para agendamento: 3451-3322 ou 3451-3321

Site: www.hospitaldonahelena.com.br/agendaonline

Dr. Felipe Younes Quatrin
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SC 21827
RQE 17313 / TEOT 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 1 - Saída 1 Nº 000.121.768 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1		 CHAVE DE ACESSO 4223 0884 6834 8101 0059 5500 1000 1217 6812 3104 1080 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 342230175943153 - 04/08/2023 10:00:59	
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 04/08/2023
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447		BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO		CEP 80730-070
MUNICÍPIO CURITIBA		FONE/FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA 10:00:57

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 4,48	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00
					VALOR TOTAL DA NOTA 64,29

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	
1000003420	MAXSULID C/10 CPR 400MG [L:B22L1381 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:B23A4165 Qt:1] [VI. Desconto: R\$4,48]	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: 453789 NFC-e nr. 4465949 Serie ECF Emitido em: 04/08/2023 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 64.29 Valor do ICMS = 10.93 Valor do ICMS Desonerado: 7,72	RESERVADO AO FISCO



Paciente	Felipe Specort da Costa		Atendimento	8.363.710	Leito	1
Data Nascto.	02/02/2006	17 Anos	Prontuário	1.281.601		
Sexo	Masculino		Dt. Entrada	04/08/2023		
Telefone	997351121		Convênio	Escola Adventista Básico		
Data evolução	Liberação	Profissão	Tipo evolução	Especialidade	Profissional	Cod prof
04/08/2023 09:41	04/08 09:41	Médico	Resumo Alta Pronto Atendimento		Felipe Younes Quatrin	CRM 21827

Evolução duplicada do atendimento de origem 7829101

Avaliação: EME - Resumo de alta PRONTO ATENDIMENTO

Resumo de Alta PRONTO ATENDIMENTO :

Razão da admissão : relata dor no joelho E após movimento durante jogo, ha 4 dias

Achados significativos : Rerotura LCA?

Diagnóstico : M255 - DOR ARTICULAR

Procedimentos realizados : Rx Joelho AP/Perfil (1)

Medicamentos : Não realizado

Outros tratamentos : Rx Joelho AP/Perfil (1)

Condição do paciente : Inalterado

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

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1281601	Atendimento	8363710	ID	
Nome	Felipe Specort da Costa	Sexo	Masculino	Paciente:	1690620
Mãe	Celita Isidoro Specort	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	12565
Data Nascto	02/02/2006	Cód.Usuário	1332735	Funcionário	Amanda.P
Idade	17 anos e 6	Senha		Dt.Validade	04/08/2023
Data	04/08/2023	Hora	08:56	Responsável	Kerolayne Viana da Silva
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	guia 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.

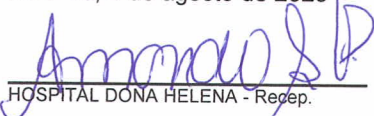
XVI. O paciente e/ou responsável AUTORIZA o envio dos seus dados pessoais, tais como nome, número do Cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda ("CPF/MF"), telefone e e-mail, para empresa que realizará pesquisa de nível de satisfação dos clientes com o atendimento do Hospital Dona Helena.

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, 4 de agosto de 2023



HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF