

 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)			
3861	Gabriel Alves da Silva			
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador	Descrição	
R\$ 199,26	120.995	Cia Latino Americana de	Medicamentos	
R\$ 199,26	Total Reembolso			

Araquari, 04 de Agosto de 2023.

Syendra Oliveira
Operador do processo

Syendra Rinaldi Oliveira
Enfermeira
COREN N: 639647

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriel Alves da Silva
Nº da Carteira: 13.3.3861
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 12/07/2007 **Nº da Guia:** 12254

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/07/2023	11:00:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
O aluno pisou em uma ponta do parafuso que prende a grade no chão.	Pé Esquerdo

Descrição

O aluno estava jogando basquete na quadra do escolar durante o intervalo de aula e ao pisar no parafuso que prende a grade acabou furando o calcanhar esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Sthefanny Oliveira	(47) 99781-6491

Quem prestou primeiros socorros	Data
Sthefanny Oliveira	04/07/2023

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

Observações

O aluno estava jogando basquete na quadra do escolar durante o intervalo de aula e ao pisar no parafuso que prende a grade acabou furando o calcanhar esquerdo.

Ass.:

Syendra Oliveira

Reginaldo Luis 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

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Guilherme Augusto Stirma (CRM 27722)

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

2º VIA PACIENTE

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: **Gabriel Alves da Silva**
Endereço: **Rodovia Br 101, 17400 Km 64 Araquari SC**
Data receita:
Prescrição:

Joinville, 04 de julho de 2023

USO ORAL

1) CECLOR BD - 500MG
TOME 1 CP DE 12/12 HORAS POR 7 DIAS

Orientações para Retirada de pontos DE 10 A 14 DIAS NA UBS

RETORNO AO PS CASO SINTOMAS DE PIORA OU SINTOMAS DE INFECÇÃO EM LOCAL

Dr. Guilherme A. Stirma
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CRM: 27722 / TEOT: 16200

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 000.120.955 SÉRIE: 1 FOLHA: 1 de 1		 CHAVE DE ACESSO 4223 0784 6834 8101 0059 5500 1000 1209 5512 3145 7079 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 342230148809489 - 04/07/2023 14:12:10	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601		INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA		CNPJ 84.683.481/0100-59	

DESTINATÁRIO/REMETENTE				CNPJ/CPF 15.116.763/0004-12		DATA DA EMISSÃO 04/07/2023	
NOME/RAZÃO SOCIAL CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA				BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO		CEP 80730-070	
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447				MUNICÍPIO CURITIBA		DATA DE SAÍDA/ENTRADA 04/07/2023	
FONE/FAX				UF PR		HORA DE SAÍDA 14:12:06	

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 199,26	
VALOR DO FRETE 0,00		VALOR DO SEGURO 0,00		DESCONTO 0,00		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00		VALOR DO IPI 0,00	
VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 199,26							

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			

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	
1000018754	CECLOR BD C/10 CPR REV LP 500MG [L:3F5820 Qt:2] (W)	30042052	0 41	5929	UN	2	99,63000000	199,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricacao do ECF: EP122010000000034707 COO: 175130 NFC-e nr. 4453214 Serie ECF Emitido em: 04/07/2023 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 199,26 Valor do ICMS = 33,87 Valor do ICMS Desonerado: 23,91	RESERVADO AO FISCO

Joinville, 4 de julho de 2023.

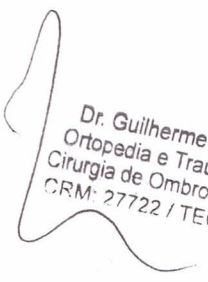
Emergência Ortopédica

Gabriel Alves da Silva

Atesto, para os devidos fins, que o Sr(a) **Gabriel Alves da Silva**, CPF nr. , necessita de (Cinco) dia(s) de afastamento, do **trabalho** a partir de 04/07/2023 13:15:40, por motivos de saúde.

Atendimento: 8312682**C.I.D.:** T019

Eu, **Gabriel Alves da Silva**, autorizo a divulgação do meu CID neste atestado



Dr. Guilherme A. Stirma
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CRM: 27722 / TEOT: 16453

Dr. Guilherme Augusto Stirma (CRM 27722)

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1302864
Nome Gabriel Alves da Silva
Mãe Renata Alves Neves da Silva
Data Nascto 12/07/2007
Idade 15 anos e
Data 04/07/2023
Convênio Escola Adventista

Atendimento 8312682
Sexo Masculino
Clínica Emergência Ortopédica
Cód.Usuário 1333861
Senha
Hora 13:15
Obs. Conv.: autorizacao da escola

ID 
Paciente: 1715147
Guia 12254
Funcionário Rayana.B
Dt.Validade 31/12/2023
Responsável Samuel Pereira Dos

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 julho de 2023

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF