

 IAESC <small>INSTITUTO ADVENTISTA DE ENSINO DE SANTA CATARINA</small>	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)		
3316		Gabriel Carlos Fogliatto		
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador		Descrição
R\$ 70,89	124.445	Cia Latino Americana de		Medicamentos
R\$ 70,89	Total Reembolso			

Araquari, 11 de Dezembro de 2023.

Syendra Oliveira
Operador do processo

Syendra Rinaldi Oliveira
Enfermeira
COREN N: 639647

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriel Carlos Fogliatto
Nº da Carteira: 13.3.3316
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 18/04/2007 **Nº da Guia:** 14480

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/11/2023	10:02:00	Lavanderia	Pegando as roupas

O que aconteceu	Partes do corpo
picada de inseto	Antebraço Esquerdo

Descrição
O aluno esteve na lavanderia por volta das 8 da manhã buscando suas roupas quando sentiu uma picada, porém não viu qual inseto foi.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ricardo	(47) 3447-7480
Erenice	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Syendra	09/11/2023

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

Observações
O aluno esteve na lavanderia por volta das 8 da manhã buscando suas roupas quando sentiu uma picada, porém não viu qual inseto foi. Feito gelo no local e aplicado pomada de prometazina no local. No local da picada da pra observar a picada, vermelhidão e inchaço, bem como subindo o processo alérgico. Aluno sendo encaminhado ao pronto atendimento para avaliação médica.

Ass.: Syendra Oliveira

Syendra Rinaldi Oliveira
Enfermeira
COREN N: 639647

Syendra Rinaldi Oliveira

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, 9 de novembro de 2023.

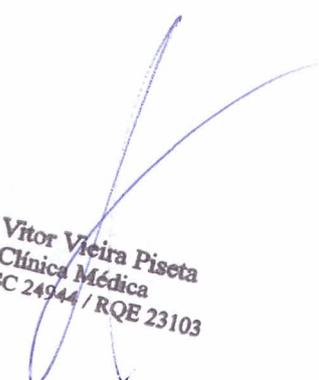
Gabriel Carlos Fogliatto

USO INTERNO

BILASTINA 20mg (ALEKTOS) _____ 1 CAIXA
TOME 1 COMPRIMIDO AO DIA EM CASO COCEIRA, INCHAÇO OU QUEIMAÇÃO

PREDNISOLONA 40mg _____ 1 CAIXA
TOME 1 COMPRIMIDO AO DIA POR 5 DIAS

2.2



Dr. Vitor Vieira Piseta
Clínica Médica
CRM-SC 24944 / RQE 23103

Dr. Vitor Vieira Piseta (CRM 24944)

**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 **1**

Nº 000.124.445

SÉRIE : 1

FOLHA: 1 de 1



CHAVE DE ACESSO

4223 1184 6834 8101 0059 5500 1000 1244 4512 3155 3111

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
342230261707501 - 09/11/2023 15:46:12

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 09/11/2023
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447	BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730-070	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 09/11/2023
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE/FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL 15:46:07

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 85,03
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 14,14	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
			VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 70,89

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	
1000022985	BILASTINA EURO C/15 CPR 20MG GEN [L:873886 Qt:1] [VI. Desconto: R\$3,68]	30049069	0 41	5929	UN	1	43,24000000	43,24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000019304	PREDNISOLONA EURO C/7 CPR 40MG GEN [L:863902 Qt:1] [VI. Desconto: R\$10,46]	30043999	0 41	5929	UN	1	41,79000000	41,79	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Nr. Fabricacao do ECF: EP12181000000024370
COO: 275017
NFC-e nr. 4494072 Serie ECF Emitido em: 09/11/2023
MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156
Base de calculo de ICMS = 70.89
Valor do ICMS = 12.05 Valor do ICMS Desonerado: 8,51

RESERVADO AO FISCO

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1316858	Atendimento	8531631	ID	
Nome	Gabriel Carlos Fogliatto	Sexo	Masculino	Paciente:	1732000
Mãe	Jocyellen da Luz Carlos	Clínica	Emergência Clínica	Guia	14480
Data Nascto	18/04/2007	Cód.Usuário	1333316	Funcionário	Mariane.Silva
Idade	16 anos e 6	Senha		Dt.Validade	31/12/2023
Data	09/11/2023	Hora	12:	Responsável	Valdineia Machado de
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	Autorização erm anexo		

2.2

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, 9 de novembro de 2023

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF