



Favorecido
CNPJ
Banco
Agencia
C. Corrente

Instituição Adventista Sul Brasileira de Educação - IAESC
76.726.884/0044-68
237 - Bradesco
2693
11272-0

Dados do reembolso - Seguro Aluno

Código

2681

Nome Aluno (a)

Jackson Matheus Prado

Descrição dos Gastos

Valor

NF

Prestador

Descrição

R\$

98,17

124.113

Cia Latino Americana de

Medicamentos

R\$

98,17

Total Reembolso

Syendra Oliveira
Operador do processo

Araquari, 11 de Dezembro de 2023.

Syendra Rinaldi Oliveira
Enfermeira
COREN N: 639647

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Jackson Matheus Prato

Nº da Carteira: 13.3.2681

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 27/03/2009

Nº da Guia: 14180



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/10/2023	16:49:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Cabeça

Descrição
O aluno estava na quadra quando o suporte da rede de volêi caiu na cabeça do aluno. Abrindo um corte na sua cabeça, que começou a sangrar.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Bruno Rederd	(47) 3447-7461

Quem prestou primeiros socorros	Data
Bruno Rederd	25/10/2023

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

Observações
O aluno teve um corte na cabeça que foi estancado. Além da queda do item sobre sua cabeça.

Ass.:

Syendra 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

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Augusto Cesar Lopes (CRM 27362)

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

Ycl

Joinville, 25 de outubro de 2023

Paciente: **Jackson Matheus Prato**
Endereço: **Km64 17400, 17400 casa Corveta Araquari SC**

Data receita:

Prescrição:

USO ORAL

1- LISADORDIP _____ 1 CX
1CPP VO 6/6H SE DOR

3- CEFALLEXINA 500mg _____ 1 CX
1CP VO 6/6H 7 DIAS

RECOMENDAÇÕES:

* FAZER COMPRESSA COM GELO NA REGIÃO TRAUMATIZADA DE HORA EM HORA DURANTE 20 MINUTOS, NAS PRIMEIRAS 48 HORAS;

* REPOUSO RELATIVO NAS PRIMEIRAS 48 HORAS;

* REMOVER CURATIVO DIARIAMENTE;

* LAVAR O FERIMENTO DIARIAMENTE COM ÁGUA CORRENTE E SABÃO NEUTRO;

* NÃO FICAR TOCANDO A FERIDA COM A LÍNGUA E/OU DEDOS;

* MANTER A FERIDA LIMPA E PROTEGIDA ;

* VERIFICAR NECESSIDADE DE VACINA ANTITETÂNICA, SE NÃO POSSUIR OU ÚLTIMA DOSE MAIOR QUE 10 ANOS;

* EM CASO DE SANGRAMENTO, AUMENTO DE VOLUME NA REGIÃO TRAUMATIZADA OU FEBRE, RETORNAR AO PRONTO-SOCORRO DESTA HOSPITAL;

*** **RETIRAR OS PONTOS EM 10 DIAS NO CENTRO CLÍNICO DESTA HOSPITAL**
AGENDAR PELO TELEFONE 3451 3322

Augusto Cesar Lopes
Ortopedia & Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM 27362 RQE 21849 TEOT 18883

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 000.124.113 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 4223 1084 6834 8101 0059 5500 1000 1241 1312 3192 4108 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 342230248263875 - 25/10/2023 19:42:39
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 25/10/2023
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447	BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730-070	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 25/10/2023
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE/FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA 19:42:36

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 136,08
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 37,91	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00
VALOR TOTAL DA NOTA 98,17					

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 ICMS IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
1000010018	LISADOR DIP C/20 CPR 1000MG [L:B23D1903 Qt:1] [VI. Desconto: R\$14,50]	30049069	5 41	5929	UN	1	42,40000000	42,40	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00	0,00
1000002373	CEFALEXINA EMS C/10 CPR REV 500MG GEN [L:3P7331 Qt:2] [VI. Desconto: R\$15,12] (W)	30042052	5 41	5929	UN	2	30,25000000	60,50	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00	0,00
1000001534	CEFALEXINA EMS C/8 CPR REV 500MG GEN [L:3R3391 Qt:1] [VI. Desconto: R\$8,29] (W)	30042052	5 41	5929	UN	1	33,18000000	33,18	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricacao do ECF: EP121810000000025028 COO: 475621 NFC-e nr. 4490102 Serie ECF Emitido em: 25/10/2023 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 98.17 Valor do ICMS = 16.69 Valor do ICMS Desonerado: 11,79	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1276846
Nome Jackson Matheus Prato
Mãe Aline Lucas
Data Nascto 27/03/2009
Idade 14 anos e 6
Data 25/10/2023
Convênio Escola Adventista

Atendimento 8504751
Sexo Masculino
Clínica Emergência Ortopédica
Cód.Usuário 1332681
Senha
Hora 18:10
Obs. Conv.: guia em anexo

ID 
Paciente: 1684544
Guia 14180
Funcionário Enyla.Maria
Dt.Validade 31/12/2023
Responsável Kerolayne Viana da Silva

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, 25 de outubro de 2023

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF