

 <b>IAESC</b> <small>INSTITUTO ADVENTISTA DE ENSINO DE SANTA CATARINA</small>	<b>Favorecido</b>	Instituição Adventista Sul Brasileira de Educação - IAESC		
	<b>CNPJ</b>	76.726.884/0044-68		
	<b>Banco</b>	237 - Bradesco		
	<b>Agencia</b>	2693		
	<b>C. Corrente</b>	11272-0		
<b>Dados do reembolso - Seguro Aluno</b>				
<b>Código</b>	<b>Nome Aluno (a)</b>			
4003	Juan Lins Brandão Santiago			
<b>Descrição dos Gastos</b>				
<b>Valor</b>	<b>NF</b>	<b>Prestador</b>	<b>Descrição</b>	
R\$ 59,98	120.077	Cia Latino Americana de	Medicamentos	
<b>R\$ 59,98</b>	<b>Total Reembolso</b>			

Araquari, 23 de Junho de 2023.

Syendra Rinaki Olivero  
Operador do processo

**Syendra Rinaki Olivero:**  
**Enfermeira**  
**COREN N: 639647**

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Juan Lins Brandão Santiago  
**Nº da Carteira:** 13.3.4003  
**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

**Data de Nascimento:** 21/11/2005      **Nº da Guia:** 11736

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/06/2023	16:00:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Tornozelo Esquerdo

## Descrição

Estava jogando futebol e chocou-se com outro aluno torcendo o tornozelo. Colocou gelo mas amanheceu inchado.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ricardo Bertazzo	(47) 99773-0261

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ricardo Bertazzo	06/06/2023

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

## Observações

Estava jogando futebol e chocou-se com outro aluno torcendo o tornozelo. Colocou gelo mas amanheceu inchado.

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

Joinville, 6 de junho de 2023.

**Juan Lins Brandao Santiago**

**USO INTERNO**

**1. NISULID DISPERSÍVEL ----- 01 CAIXA**

**TOMAR 01 COMPRIMIDO VIA ORAL DE 12 EM 12 HORAS POR 5 DIAS.**

# Jato local  
3x/dia  
15 min

Dr. Reynaldo Lemos S. Neto  
Médico  
CRM/SC 25873

Dr. Reynaldo Lemos de Souza Neto (CRM 25873)

**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 000.120.077  
SÉRIE : 1  
FOLHA: 1 de 1



CHAVE DE ACESSO  
4223 0684 6834 8101 0059 5500 1000 1200 7712 3100 9062

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  
342230125307720 - 06/06/2023 10:32:25

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 06/06/2023
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447	BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730-070	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 06/06/2023
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE/FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA 10:32:22

**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 67,39		
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 7,41	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 59,98

**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	
1000001142	NISULID C/12 CPR DISP [L:2215090 Qt:1] [VI. Desconto: R\$7,41]	30049079	0 41	5929	UN	1	67,39000000	67,39	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

**DADOS ADICIONAIS**

<p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricacao do ECF: EP121810000000025028 COO: 435466 NFC-e nr. 4441953 Serie ECF Emitido em: 06/06/2023 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 59,98 Valor do ICMS = 10,20 Valor do ICMS Desonerado: 7,20</p>	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

## FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1305415  
Nome Juan Lins Brandao Santiago  
Mãe Priscila Lins Brandao  
Data Nascto 21/11/2005  
Idade 17 anos e 6  
Data 06/06/2023  
Convênio Escola Adventista

Atendimento 8263646  
Sexo Masculino  
Clínica Emergência Ortopédica  
Cód.Usuário 1334003  
Senha  
Hora 09:43  
Obs. Conv.: Guia em anexo

ID   
Paciente: 1717956  
Guia 11736  
Funcionário Nicolle.Barros  
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, 6 de junho de 2023

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF