

 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)			
3819	Julia Vitoria Ribeiro de Andrade			
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador		Descrição
R\$ 48,09	121.907	Cia Latino Americana de		Medicamentos
R\$ 48,09	Total Reembolso			

Araquari, 21 de Agosto de 2023.

Syendra Oliveira
 Operador do processo

Syendra Rinaldi Oliveira
 Enfermeira
 COREN N: 639647

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Julia Vitoria Ribeiro de Andrade
Nº da Carteira: 13.3.3819
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 08/08/2008

Nº da Guia: 12668

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/08/2023	15:44:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição

Julia estava jogando futebol quando a colega deu um jogo de corpo nela que acabou fazendo com que a Julia se desequilibrasse e acabou torcendo o pé.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Mireia	(47) 3447-7442

Quem prestou primeiros socorros	Data
Mireia	10/08/2023

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

Observações

Ao avaliarmos a situação do tornozelo da aluna concluímos que o melhor indicado é que ela tenha uma avaliação médica.

Ass.:

Syendra Oliveira

Andre Luiz Rocha

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, 10 de agosto de 2023.

Julia Vitoria Ribeiro de Andrade

USO ORAL:

1. PARACETAMOL 750MG----- 1 CAIXA
TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS SE DOR.
2. CETOPROFENO 150MG-----1 CAIXA
TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 12 HORAS (APÓS REFEIÇÃO) POR 5 DIAS

USO LOCAL

COMPRESSA COM GELO POR 15 MINUTOS, 5 VEZES AO DIA POR 5 DIAS.

EM CASO DE PIORA DO SINTOMAS DIRIGIR-SE AO PRONTO-SOCORRO.

Dr. Felipe Neves Campos (CRM 20308)

CIA LATINO AMERICANA DE

MEDICAMENTOS

RUA BLUMENAU, 138
CENTRO
JOINVILLE
SC
CEP: 89204250
TELEFONE: 4734331518DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA0 - Entrada
1 - Saída 1

Nº 000.121.907

SÉRIE : 1

FOLHA: 1 de 1



CHAVE DE ACESSO

4223 0884 6834 8101 0059 5500 1000 1219 0712 3175 9084

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

342230181655975 - 10/08/2023 17:15:18

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

10/08/2023

ENDEREÇO

JULIA DA COSTA, 1447

BAIRRO/DISTRITO
BIGORRILHO

CEP

80730-070

DATA DE SAÍDA/ENTRADA

10/08/2023

MUNICÍPIO

CURITIBA

FONE/FAX

UF
PR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

17:15:13

FATURA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO ICMS ST		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00		0,00		0,00		0,00		68,78	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA			
0,00	0,00	20,69	0,00	0,00	0,00	48,09			

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL			FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ/CPF
			9-Sem Frete				
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	
100001970	PARACETAMOL EMS C/20 CPR REV 750MG GEN [L:3K7955 Qt:1] [Vl. Desconto: R\$8,18]	30049045	0 41	5929	UN	1	27,09000000	27,09	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000011020	CETOPROFENO MEDLEY C/10 CPR REV LP 150MG GEN [L:DRA03065 Qt:1] [Vl. Desconto: R\$12,51]	30049029	0 41	5929	UN	1	41,69000000	41,69	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricação do ECF: EP12201000000034707 COO: 182813 NFC-e nr. 4468148 Serie ECF Emitido em: 10/08/2023 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 48.09 Valor do ICMS = 8.18 Valor do ICMS Desonerado: 5,77	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------



FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1310184	Atendimento	8374228	ID	
Nome	Julia Vitoria Ribeiro de Andrade	Sexo	Feminino	Paciente:	1723808
Mãe	Danieli Ribeiro Smychniuk	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	12668
Data Nascto	08/08/2008	Cód.Usuário	1333819	Funcionário	Rayana.B
Idade	15 anos	Senha		Dt.Validade	31/12/2023
Data	10/08/2023	Hora	16:48	Responsável	Tatiane Grazielle Salvador
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	autorizacao da escola e copia do documento		

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, 10 de agosto de 2023

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF