

 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)			
1976	Laura Helena de Borba Pacífico			
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador	Descrição	
R\$ 134,33	119.697	Cia Latino Americana de	Medicamentos	
R\$ 134,33	Total Reembolso			

Araquari, 30 de Maio de 2023.

Syendra Oliveira
 Operador do processo

Syendra Rinaldi Oliveira
Enfermeira
COREN N: 639647

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Laura Helena de Borba Pacífico

Nº da Carteirinha: 13.3.1976

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 10/08/2005

Nº da Guia: 11525



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/05/2023	08:09:00	Dormitório (Ex.: residencial)	Rotina de Quarto

O que aconteceu	Partes do corpo
Ao abrir a janela a mesma estourou e os estilhaços cortou braço.	Antebraço Esquerdo

Descrição

Ao início da manhã a aluna foi abrir a janela a mesma estourou e os estilhaços cortou braço. recebendo os primeiros atendimentos pela enfermeira da escola e sendo encaminhada para a tendimento no Hospital Dona Helena.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Erenice Araujo	(47) 3447-7481
Syendra Rinaldi	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Erenice Araujo	26/05/2023

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

Observações

Erenice Araujo

Ass.:

João Teodoro de Azevedo Júnior

Erenice Araújo
Preceptora Chefe

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

Jan Gabriel Tamanini (CRM 20947)

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: **Laura Helena de Borba Pacifico**

Joinville, 26 de maio de 2023

Endereço:

Data receita:

Prescrição:

USO INTERNO VIA ORAL:

1. CLAVULIN BD 875 + 125 MG ----- 14 COMPRIMIDOS
TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 12 HORAS POR 7 DIAS.

2. FLANCOX 500 MG ----- 1 CAIXA
TOMAR 1 COMPRIMIDO A CADA 12 HORAS POR 5 DIAS.

REALIZAR LIMPEZA DO FERIMENTO COM SORO FISIOLÓGICO E TROCAR
CURATIVO TODOS OS DIAS.

RETIRAR PONTOS DE SUTURA EM 10 DIAS.

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

Dr. Jan Tamanini
Ortopedia e Traumatologia
CRM/SC 20947 - RQE 17197 - TEOT 16563

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 000.119.697 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1		 CHAVE DE ACESSO 4223 0584 6834 8101 0059 5500 1000 1196 9712 3101 4057 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 342230116533312 - 26/05/2023 10:34:07	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254357601		INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA		CNPJ 84.683.481/0100-59	

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL CLINICA ADVENTISTA			CNPJ/CPF 15.116.763/0004-12		DATA DA EMISSÃO 26/05/2023
ENDEREÇO BR 101 KM64, 64		BAIRRO/DISTRITO CENTRO		CEP 89245-000	DATA DE SAÍDA ENTRADA 26/05/2023
MUNICÍPIO ARAQUARI		FONE/FAX	UF SC	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA 10:34:02

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 190,08
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 55,75	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 134,33	

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	
1000002071	CLAVULIN BD C/14 CPR REV 875+125MG [L:S42M Qt:1] [Vl. Desconto: R\$55,75] (W)	30041012	0 41	5929	UN	1	143.66000000	143,66	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000009283	FLANCOX C/14 CPR REV 500MG [L:22070397 Qt:1]	30049079	0 41	5929	UN	1	46,42000000	46,42	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricacao do ECF: EP121810000000025028 COO: 431927 CFE. Cupom Fiscal: 4437206-CF-ECF Emitido em: 26/05/2023 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 134,33 Valor do ICMS = 22.84 Valor do ICMS Desonerado: 22,83	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1304591
Nome Laura Helena de Borba Pacifico
Mãe Ana Cristina de Borba
Data Nascto 10/08/2005
Idade 17 anos e 9
Data 26/05/2023
Convênio Escola Adventista

Atendimento 8243946
Sexo Feminino
Clínica Emergência Clínica
Cód.Usuário 1331976
Senha
Hora 09:24
Obs. Conv.: Autorização e Cópia de doc em anexo

ID 
Paciente: 1716966
Guia 11525
Funcionário Nicolle.Barros
Dt.Validade 26/05/2023
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, 26 de maio de 2023

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF