

 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)			
3422	Leticia Gabrielly Alves Sanches			
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador	Descrição	
R\$ 92,26	125.080	Cia Latino Americana de	Medicamentos	
R\$ 92,26	Total Reembolso			

Araquari, 15 de Dezembro de 2023.

Syendra Oliveira
 Operador do processo

Syendra Rinaldi Oliveira
 Enfermeira
 COREN N: 639647

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Letícia Gabrielly Alves Sanches

Nº da Carteirinha: 13.3.3422

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 19/09/2007

Nº da Guia: 15099



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/12/2023	16:02:00	Lago	Festa surpresa do 3ano p/ 2ano

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo

Descrição

Aluna ao pular no lago bateu em um colega, se desequilibrou e torceu o tornozelo + pé esquerdo. Realizado cuidados como: Gelo + Gelol + Pomada anti-inflamatória.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Grazielly Oliveira	(47) 3447-4400
Jaqueline Santos	(47) 3474-4400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gisela Cardoso	13/12/2023

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

Observações

Sem melhora do quadro, aluna encaminhada ao pronto atendimento para avaliação médica.

Ass.:

Syendra Oliveira

Syendra Rinaldi 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

Joinville, 4 de dezembro de 2023.

Leticia Gabrielly Alves Sanches

Uso interno:

1) Bicerto 150MG ----- 10 comprimidos

Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas por 5 dias

2) Lisador DIP ----- 20 comprimidos

Tomar 1 comprimido de 6 em 6 horas, em caso de dor

Dr. Lucas Lopes da Fonseca
Ortopedia / Traumatologia
CRM/SC 21180 RQE 18471

Dr. Lucas Lopes da Fonseca (CRM 21180)

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 000.125.080 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 4223 1284 6834 8101 0059 5500 1000 1250 8012 3120 8126 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 342230285691696 - 04/12/2023 12:35:24
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 04/12/2023
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447	BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730-070	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 04/12/2023
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE/FAX	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA 12:35:21

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 92,26
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 92,26	

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	ALIQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
1000010018	LISADOR DIP C/20 CPR 1000MG [L:B23D1906 Qt:1]	30049069	5 41	5929	UN	1	42,40000000	42,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000011186	BICERTO C/10 CPR REV LP 150MG [L:864699 Qt:1]	30049029	0 41	5929	UN	1	49,86000000	49,86	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricacao do ECF: EP121810000000024370 COO: 280326 NFC-e nr. 4500359 Serie ECF Emitido em: 04/12/2023 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 92,26 Valor do ICMS = 15,68 Valor do ICMS Desonerado: 11,07	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1294429	Atendimento	8579583	ID	
Nome	Leticia Gabrielly Alves Sanches	Sexo	Feminino	Paciente:	1706588
Mãe	Denise Alves Sanches	Clínica	Emergência Ortopédica	Guia	373208086
Data Nascto	19/09/2007	Cód.Usuário	084098997	Funcionário	Janaina.L
Idade	16 anos e 2	Senha	CO202301257322	Dt.Validade	31/12/2023
Data	04/12/2023	Hora	11:42	Responsável	Valdineia Machado de
Convênio	Amil - UnitedHealthGroup	Obs. Conv.:	Guias em anexo		

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, 4 de dezembro de 2023

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF