



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)
3732	Luana Aparecida Farias Ribeiro

Descrição dos Gastos

Valor	NF	Prestador	Descrição
R\$ 96,19	30.465	Cia Latino Americana de	Medicamentos

R\$ 96,19

Total Reembolso

Araquari, 11 de Dezembro de 2023.

Syendra Oliveira
Operador do processo

Syendra Rinaldi Oliveira
Enfermeira
COREN N: 639647

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Luana Aparecida Farias Ribeiro

Nº da Carteira: 13.3.3732

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 24/04/2007

Nº da Guia: 14247



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/10/2023	09:03:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Costas, Cotovelo Direito, Glúteos

Descrição
A aluna estava jogando bola ontem de tarde quando ao ir chutar pro gol, pisou na bola e caiu. Batendo as costas e cotovelos. Realizado gelo no local e medicamento pra dor porém sem alívio.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Erenice	(47) 9953-4761
Grazzi	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Syendra	30/10/2023

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

Observações
Devido a não melhora da dor. A aluna está sendo encaminhada para o atendimento médico para avaliação.

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, 30 de outubro de 2023.

Luana Aparecida Farias Ribeiro

Uso interno:

1) Alginac Retard ----- 10 comprimidos
Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas por 7 dias

2) Lisador DIP ----- 20 comprimidos
Tomar 1 comprimido de 6 em 6 horas, em caso de dor

6-3

Dr. Lucas Lopes da Fonseca
Ortopedia/Traumatologia
CRM 21180

Dr. Lucas Lopes da Fonseca (CRM 21180)

Joinville, 30 de outubro de 2023.

Emergência Ortopédica

Luana Aparecida Farias Ribeiro

6.3

Atesto, para os devidos fins, que o Sr(a) **Luana Aparecida Farias Ribeiro**, CPF nr. **60610562819**, necessita de (Um) dia(s) de afastamento, do **trabalho** a partir de 30/10/2023 10:33:53, por motivos de saúde.

Atendimento: 8511690**C.I.D.: S328***x Luana Ap. Farias Ribeiro*Eu, **Luana Aparecida Farias Ribeiro**, autorizo a divulgação do meu CID neste atestado

HOSPITAL DONA HELENA Radiologia

Paciente : Luana Aparecida Farias Ribeiro
Dt. Nascimento: 24/04/2008 ID Paciente... 1717867
Protocolo: 10628511690 e senha: 1JS6U8 (Maiúscula)
Resultado a partir de: 07/11/2023 16:00:00

HOSPITAL DONA HELENA Presc: 11372021

Radiologia - Pronto Atendimento 8511690

ID Paciente... 1717867
Paciente : Luana Aparecida Farias Ribeiro
Nome Social :
Prontuario: 1305341 Dt. Solic.: 30/10/2023 10:48:00
Idade: 15a 6m Dt. Nascimento: 24/04/2008
Resultado a partir de: 07/11/2023 16:00:00

****Disponível em formato digital, acesse:
www.donahelena.com.br/clickvita, informe:
Protocolo: 10628511690 e senha: 1JS6U8 (Maiúscula)**

N. Exame Lado Ac. Number
Rx Coluna Lombo-Sacra com Obliquas 18204759

Cód. 89522 - 06/2022

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

Dr. Lucas Lopes da Fonseca (CRM 21180)

Postal 172 - Tel. (047) 3451-3333

CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS RUA OTTO BOEHM, 246 AMERICA JOINVILLE SC CEP: 89201700 TELEFONE: 4734320153	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 1 - Saída 1 Nº 000.030.465 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 4223 1084 6834 8104 4972 5500 1000 0304 6512 3121 5103 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 342230251688851 - 30/10/2023 12:14:50
NATUREZA DA OPERAÇÃO LANC. REGISTRADO EM EQUIP. CUPOM FISCAL		CNPJ 84.683.481/0449-72
INSCRIÇÃO ESTADUAL 258145668	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME RAZÃO SOCIAL CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	CNPJ/CPF 15.116.763/0004-12	DATA DA EMISSÃO 30/10/2023
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447	BAIRRO DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730-070
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE FAX	UF PR
INSCRIÇÃO ESTADUAL		DATA DE SAÍDA ENTRADA 30/10/2023
		HORA DE SAÍDA 12:14:30

FATURA

CÁLCULO DO IMPOSTO

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 110,69
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 14,50	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 96,19

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 ICMS	ALIQUOTAS IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
1000007088	ALGINAC RETARD C/10 CPR REV LP 1+100+100MG [L:3087D30101 Qt:1]	30049037	2 41	5929	UN	1	68,29000000	68,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000010018	LISADOR DIP C/20 CPR 1000MG [L:B23C0364 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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Nr. Fabricacao do ECF: EP122010000000035281
COO: 71533
NFC-e nr. 274219 Serie ECF Emitido em: 30/10/2023
MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156
Base de calculo de ICMS = 96,19
Valor do ICMS = 16,35 Valor do ICMS Desonerado: 6,08

RESERVADO AO FISCO

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1305341
Nome Luana Aparecida Farias Ribeiro
Mãe Josiane Aparecida Farias de Pontes
Data Nascto 24/04/2008
Idade 15 anos e 6
Data 30/10/2023
Convênio Escola Adventista

Atendimento 8511690
Sexo Feminino
Clínica Emergência Ortopédica
Cód.Usuário 1333732
Senha
Hora 10:33
Obs. Conv.: Autorizacao + copia do doc

ID
Paciente: 1717867
Guia 14247
Funcionário Janaina.L
Dt.Validade 30/10/2023
Responsável Renata Laura Louveira

TERMO DE CONSENTIMENTO GERAL

6.34

- 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, 30 de outubro de 2023

HOSPITAL DONA HELENA - Recep

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF