

|                                                                                                                                                                      |                                      |                                                           |                  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------|--|
| <br><b>IAESC</b><br><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>                |                                                           |                  |  |
| 3253                                                                                                                                                                 | Marcela Ferreira Carneiro Schnitzler |                                                           |                  |  |
| <b>Descrição dos Gastos</b>                                                                                                                                          |                                      |                                                           |                  |  |
| <b>Valor</b>                                                                                                                                                         | <b>NF</b>                            | <b>Prestador</b>                                          | <b>Descrição</b> |  |
| R\$ 32,46                                                                                                                                                            | 124.283                              | Cia Latino Americana de                                   | Medicamentos     |  |
| <b>R\$ 32,46</b>                                                                                                                                                     | <b>Total Reembolso</b>               |                                                           |                  |  |

Araquari, 11 de Dezembro de 2023.

Syendra Oliveira  
Operador do processo

Syendra Rinaldi Oliveira  
Enfermeira  
COREN N: 639647

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Marcela Ferreira Carneiro Schnitzler  
**Nº da Carteirinha:** 13.3.3253  
**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

**Data de Nascimento:** 18/09/2007

**Nº da Guia:** 14326



| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade               |
|--------------------|----------|---------|-------------------------|
| 26/10/2023         | 17:00:00 | Ginásio | Aula de educação física |

| O que aconteceu                                | Partes do corpo |
|------------------------------------------------|-----------------|
| Jogando handebol, não percebeu como aconteceu. | Pé Esquerdo     |

| Descrição                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A aluna estava jogando handebol e quando saiu do jogo começou a sentir dor na parte de cima do pé. Foi colocado gelo várias vezes e também foi usado salompas, pomada, mas a dor permanece em alguns momentos teve inchaço. |

| Testemunha da ocorrência | Telefone        |
|--------------------------|-----------------|
| Miréia                   | (51) 98318-0202 |
| Jaqueline Santos         | (51) 98318-0202 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Jaqueline Santos                | 01/11/2023 |

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

| Observações                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A aluna recebeu os primeiros atendimentos na escola e está sendo encaminhada para atendimento médico no hospital. Mãe ciente. |

Ass.:

*Syendra Oliveira*

Erenice Pereira De Araujo

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, 1 de novembro de 2023.

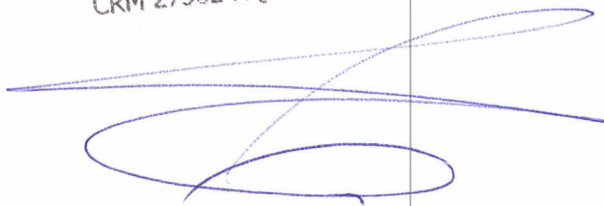
**Marcela Ferreira Carneiro Schnitzler**

USO ORAL

- 1- DIPIRONA 500mg \_\_\_\_\_ 1 CX  
1CP VO 6/6H SE DOR
- 2- IBUPROFENO 300mg \_\_\_\_\_ 1 CX  
1CP VO 8/8H 3 DIAS

4.1

Augusto Cesar Lopes  
Ortopedia & Traumatologia  
Cirurgia do Quadril  
CRM 27362 RQE 21849 TEOT 18883



Dr. Augusto Cesar Lopes (CRM 27362)

|                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                           |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS</b><br>RUA BLUMENAU, 138<br>CENTRO<br>JOINVILLE<br>SC<br>CEP: 89204250<br>TELEFONE: 4734331518 |  | <b>DANFE</b><br>DOCUMENTO AUXILIAR<br>DA NOTA FISCAL<br>ELETRÔNICA<br>0 - Entrada 1<br>1 - Saída 1<br>Nº 000.124.283<br>SÉRIE : 1<br>FOLHA: 1 de 1 |  |                                           |  |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br>LANC. REGISTRADO EM EQUIP. CUPOM FISCAL                                                                        |  | CHAVE DE ACESSO<br>4223 1184 6834 8101 0059 5500 1000 1242 8312 3103 3118                                                                          |  | Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e<br>www.nfe.fazenda.gov.br/portal<br>ou no site da Sefaz Autorizadora |  |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>254357601                                                                                                        |  | INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA                                                                                                                 |  | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br>342230254220219 - 01/11/2023 10:04:52                                                  |  |
|                                                                                                                                        |  | CNPJ<br>84.683.481/0100-59                                                                                                                         |  |                                                                                                                           |  |

|                                                     |  |  |  |                                                 |  |
|-----------------------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------------------|--|
| <b>DESTINATÁRIO/REMETENTE</b>                       |  |  |  | 4.1                                             |  |
| NOME/RAZÃO SOCIAL<br>CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA |  |  |  | CNPJ/CPF<br>15.116.763/0004-12                  |  |
| ENDEREÇO<br>JULIA DA COSTA, 1447                    |  |  |  | DATA DA EMISSÃO<br>01/11/2023                   |  |
| BAIRRO/DISTRITO<br>BIGORRILHO                       |  |  |  | CEP<br>80730-070                                |  |
| MUNICÍPIO<br>CURITIBA                               |  |  |  | DATA DE SAÍDA/ENTRADA<br>01/11/2023             |  |
| FONE/FAX                                            |  |  |  | UF<br>PR                                        |  |
|                                                     |  |  |  | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>HORA DE SAÍDA<br>10:04:49 |  |

|                                 |  |                                    |  |                                   |  |
|---------------------------------|--|------------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| <b>FATURA</b>                   |  |                                    |  |                                   |  |
| <b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>       |  |                                    |  |                                   |  |
| BASE DE CÁLCULO DE ICMS<br>0,00 |  | VALOR DO ICMS<br>0,00              |  | BASE DE CÁLCULO ICMS ST<br>0,00   |  |
| VALOR DO FRETE<br>0,00          |  | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00 |  | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>48,22 |  |
| VALOR DO SEGURO<br>0,00         |  | VALOR DO IPI<br>0,00               |  | VALOR APROX. DOS TRIBUTOS<br>0,00 |  |
| DESCONTO<br>15,76               |  | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>0,00 |  | VALOR TOTAL DA NOTA<br>32,46      |  |

|                                            |  |  |                                |  |                    |
|--------------------------------------------|--|--|--------------------------------|--|--------------------|
| <b>TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS</b> |  |  |                                |  |                    |
| RAZÃO SOCIAL                               |  |  | FRETE POR CONTA<br>9-Sem Frete |  | CÓDIGO ANTT        |
| ENDEREÇO                                   |  |  | PLACA DO VEÍC                  |  | UF                 |
| QUANTIDADE                                 |  |  | MUNICÍPIO                      |  | CNPJ/CPF           |
| ESPÉCIE                                    |  |  | UF                             |  | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| MARCA                                      |  |  | PESO BRUTO                     |  | PESO LIQUIDO       |
| NUMERAÇÃO                                  |  |  |                                |  |                    |

| 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  |                           |
| 1000004009               | IBUPRIL C/20 CPR 300MG<br>[L:00931093 Qt:1] [VI. Desconto: R\$3,91]              | 30049029 | 0 41 | 5929 | UN    | 1      | 16,47000000    | 16,47       | 0,00         | 0,00       | 0,00      | 0,00      | 0,00 | 0,00                      |
| 1000003049               | DIPIRONA MEDLEY C/30 CPR 500MG GEN<br>[L:DKP04925 Qt:1] [VI. Desconto: R\$11,85] | 30049069 | 5 41 | 5929 | UN    | 1      | 31,75000000    | 31,75       | 0,00         | 0,00       | 0,00      | 0,00      | 0,00 | 0,00                      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>DADOS ADICIONAIS</b>                                                                                                                                                                                                                                                           |                    |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>Nr. Fabricacao do ECF: EP121810000000024370<br>COO: 272808<br>NFC-e nr. 4491802 Serie ECF Emitido em: 01/11/2023<br>MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156<br>Base de calculo de ICMS = 32.46<br>Valor do ICMS = 5.52 Valor do ICMS Desonerado: 3,90 | RESERVADO AO FISCO |

**FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA**

|             |                                      |             |                       |             |                                                                                     |
|-------------|--------------------------------------|-------------|-----------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Prontuário  | 1313577                              | Atendimento | 8516371               | ID          |  |
| Nome        | Marcela Ferreira Carneiro Schnitzler | Sexo        | Feminino              | Paciente:   | 1728014                                                                             |
| Mãe         | Valeria Ferreira Carneiro            | Clínica     | Emergência Ortopédica | Guia        | 14326                                                                               |
| Data Nascto | 18/09/2007                           | Cód.Usuário | 1333253               | Funcionário | Victor.Schappo                                                                      |
| Idade       | 16 anos e 1                          | Senha       |                       | Dt.Validade | 31/12/2222                                                                          |
| Data        | 01/11/2023                           | Hora        | 09:13                 | Responsável | Agamenon Oliveira                                                                   |
| Convênio    | Escola Adventista                    | Obs. Conv.: | Guia 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, 1 de novembro de 2023

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF