

 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)			
3197	Maria Eduarda Barberena Moraes			
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador	Descrição	
R\$ 109,53	124.446	Cia Latino Americana de	Medicamentos	
R\$ 109,53	Total Reembolso			

Araquari, 11 de Dezembro de 2023.

Syendra Oliveira
Operador do processo

Syendra Rinaldi Oliveira
Enfermeira
COREN N: 639647

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Eduarda Barberena Moraes

Nº da Carteirinha: 13.3.3197

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina

Data de Nascimento: 20/07/2006

Nº da Guia: 14495



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/11/2023	09:00:00	Prédio do Contra-turno	Durante as horas educativas

O que aconteceu	Partes do corpo
Desconhecemos	Cotovelo Esquerdo, Calcanhar Esquerdo

Descrição

Aluna estava em seu setor de trabalho, durante as horas educativas que faz durante o período da manhã, quando percebeu vermelhidão e inchaço no cotovelo esquerdo + panturrilha direita. Diz que não sabe oq aconteceu, se foi picada de inseto, não percebeu quando ocorreu, mas trauma diz que não sofreu. Solicito avaliação e conduta com o médico clínico geral, pois as tentativas de melhora no IAESC, não tiveram sucesso, os sintomas aumentaram e agora, aluna sente também dor no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Preceptora Suzana Grah	(47) 3447-7400
Preceptora Jaqueline Santos	(47) 3447-7400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Preceptora Grazielly Oliveira	09/11/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Gelo + pomada antialérgica + analgésico.

Ass.:

Syendra Oliveira

Erenice Pereira De Araujo

Syendra Rinaldi Oliveira
Enfermeira
COREN N: 639647

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, 9 de novembro de 2023.

Maria Eduarda Barberena Moraes

USO INTERNO

7.1

- LOXOPROFENO 60mg(LOXONIN) _____ 1 CAIXA
TOME 1 DE 8/8 HORAS SE DOR, POR ATÉ 5 DIAS.
- ✕ BILASTINA 20mg (ALEKTOS) _____ 1 CAIXA
TOME 1 COMPRIMIDO AO DIA EM CASO DE COCEIRA, QUEIMAÇÃO OU INCHAÇO.
- ✕ PREDNISOLONA 40mg _____ 1 CAIXA.
TOME 1 COMPRIMIDO AO DIA POR 5 DIAS

Dr. Vitor Vieira Piseta
Clínica Médica
CRM-SC 24944 / RQE 23103

Dr. Vitor Vieira Piseta (CRM 24944)

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 000.124.446
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1



CHAVE DE ACESSO
4223 1184 6834 8101 0059 5500 1000 1244 4612 3154 8115

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

PROCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
342230261716927 - 09/11/2023 15:52:00

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
09/11/2023

ENDEREÇO
JULIA DA COSTA, 1447

BAIRRO/DISTRITO
BIGORRILHO

CEP
80730-070

DATA DE SAÍDA/ENTRADA
09/11/2023

MUNICÍPIO
CURITIBA

FONE/FAX

UF
PR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA
15:51:54

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 123,67
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 14,14	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 109,53	

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

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	
1000022985	BILASTINA EURO C/15 CPR 20MG GEN [L:873886 Qt:1] [VL. Desconto: R\$3,68]	30049069	0 41	5929	UN	1	43,24000000	43,24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000002128	LOXONIN C/15 CPR 60MG [L:230646 Qt:1]	30049029	5 41	5929	UN	1	38,64000000	38,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000019304	PREDNISOLONA EURO C/7 CPR 40MG GEN [L:863902 Qt:1] [VL. Desconto: R\$10,46]	30043999	0 41	5929	UN	1	41,79000000	41,79	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Nr. Fabricacao do ECF: EP121810000000024370
COO: 275019
NFC-e nr. 4494075 Serie ECF Emitido em: 09/11/2023
MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156
Base de calculo de ICMS = 109,53
Valor do ICMS = 18.62 Valor do ICMS Desonerado: 13,15

RESERVADO AO FISCO

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1316871	Atendimento	8532021	ID	
Nome	Maria Eduarda Barberena Moraes	Sexo	Feminino	Paciente:	1732013
Mãe	Marcia Barberena Moraes	Clínica	Emergência Clínica	Guia	14495
Data Nascto	20/07/2006	Cód.Usuário	1333197	Funcionário	Mariane.Silva
Idade	17 anos e 3	Senha		Dt.Validade	31/12/2023
Data	09/11/2023	Hora	14:	Responsável	Renata Laura Louveira
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	Autorização 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, 9 de novembro de 2023

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF