

 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)			
3986	Matheus Henrique Marconato			
Descrição dos Gastos				
Valor	NF	Prestador	Descrição	
R\$ 29,80	469.232	Cia Latino Americana de	Medicamentos	
R\$ 29,80	Total Reembolso			

Araquari, 25 de Outubro de 2023.

Syendra Oliveira
Operador do processo

Syendra Rinaldi Oliveira
Enfermeira
COREN N: 639647

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Matheus Henrique Marconato

Nº da Carteira: 13.3.3986

Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 05/03/2007

Nº da Guia: 13691

4,2

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/10/2023	21:02:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Cabeça

Descrição

O ALUNO ESTAVA JOGANDO FUTEBOL CAIU DA PRÓPRIA ALTURA E BATEU A CABEÇA NO CHÃO. SENTINDO MUITA TONTURA E VISÃO ALTERADA.

Testemunha da ocorrência

Ricardo Bertazzo

Ricardo Bertazzo

Telefone

47997730261

47997730261

Quem prestou primeiros socorros

Ricardo Bertazzo

Data

01/10/2023

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

Observações

O ALUNO ESTAVA JOGANDO FUTEBOL CAIU DA PRÓPRIA ALTURA E BATEU A CABEÇA NO CHÃO. SENTINDO MUITA TONTURA E VISÃO ALTERADA.

Ass.:

Marcos Antonio Selhorst
Preceptor
Geazi Gomes de Oliveira

Syendra 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

4,2

Joinville, 1 de outubro de 2023.

Matheus Henrique Marconato

NIMESULIDA DISPERSÍVEL 100 MG

01 CAIXA

TOME 1 COMP DE 12/12 HORAS

DIPIRONA 1 G

01 CAIXA

TOME 1 COMP DE 6/6 HORAS SE DOR

Rafael B. de Souza
CRM/SC 13.445

Dr. Rafael Barbosa de Souza (CRM 13445)

CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS
RUA: BLUMENAU, 138 BAIRRO: CENTRO
CEP: 89204-250 JOINVILLE / SC
CNPJ: 84.683.481/0100-59
IE: 254.357.601
01/10/2023 22:51:06 CCF:000252224 C00:000469323

CUPOM FISCAL

ITEM	CÓDIGO	UN.	VL UNIT(R\$)	ST	VL ITEM(R\$)
001	1000022950	#1300200#30049079#NIMESULIDA CIFARMA C12			
		CPR DISP 100MG GEN			
		1 un X 29,58			
		desconto item 1	T17,00%		29,58c
002	1000025304	#1300201#30049069#DIPIRONA MEDLEY C10 CPR			-11,68
		1GR GEN			
		1 un X 18,14			
		desconto item 2	T17,00%		18,14c
					-6,24
TOTAL R\$					29,80
Dinheiro					50,00
TROCO R\$					20,20

OPERADOR:106389 DOC:4483835 VENDEDOR:106405 CAIXA:16165
TRIBUTOS APROX. R\$ 9,54 (32,01%) IBPT
* ----- A VISTA ----- *

SUA ECONOMIA : 17,92
A gente cuida de voc

HD5: 7F9DBDDE6AA087073941524246308156

S9YDK7kzIvucIq+121+k11u3ZcdsMnc6v4eVcIFVtDE=

MARCA:EPSON

ECF-IF VERSAO:01.02.01 ECF:012 MOD.:TM-T900F
99999999%/18,%,%) LJ:0728
04151218100 00000025028 00025222401 10202366687
FAB:EP12181000000025028

ER

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário 1310773
Nome **Matheus Henrique Marconato**
Mãe Marilene Vandoski Marconato
Data Nascto 05/03/2007
Idade 16 anos e 6
Data 01/10/2023
Convênio Escola Adventista

Atendimento 8461688
Sexo Masculino
Clínica Emergência Clínica
Cód.Usuário 1333986
Senha
Hora 22:12
Obs. Conv.:

ID 
Paciente: 1724554
Guia 13691
Funcionário Raquel.Carvalho
Dt.Validade 01/10/2023
Responsável Carolina Nascimento

4,2

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 outubro de 2023

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF