

 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\$ 55,12	123.579	Cia Latino Americana de	Medicamentos	
R\$ 55,12	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 Carteirinha: 13.3.3986
Instituição: Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



Data de Nascimento: 05/03/2007

Nº da Guia: 13732

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/10/2023	19:17:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
um aluno caiu na cabeça do outro	Cabeça

Descrição

Os alunos estavam jogando bola e um caiu sobre o outro prensando a cabeça do mesmo ao chão, o aluno foi enviado ao hospital mas deveria voltar segundo o medico que o atendeu se apresentasse vomito ou tontura e o aluno Matheus esta apresentando .

Testemunha da ocorrência	Telefone
marcos antonio selhorst	49998157290
Ricardo Bertazzo	47997730261

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ricardo Bertazzo	02/10/2023

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

Observações

Os alunos estavam jogando bola e um caiu sobre o outro prensando a cabeça do mesmo ao chão, o aluno foi enviado ao hospital mas deveria voltar segundo o medico que o atendeu se apresentasse vomito ou tontura e o aluno Matheus esta apresentando .

Ass.:

Syendra Oliveira

Syendra Rinaldi Oliveira
Enfermeira
COREN N: 639647

Geazi Gomes de Oliveira

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

3,1

Joinville, 2 de outubro de 2023.

Matheus Henrique Marconato

Uso oral

1- Dimenidrato (dramim) 1cx

tomar 1cp de 8/8hs se enjoos/vômitos

2- - Lisador 1cx

tomar 1cp de 6/6hs se dor

Rodrigo Celso da Silva
Médico
CRM/SC 11701

Dr. Rodrigo Celso da Silva (CRM 11701)

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 000.123.579 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 4223 1084 6834 8101 0059 5500 1000 1235 7912 3220 6100 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 342230227894773 - 02/10/2023 22:38:26
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 02/10/2023
ENDEREÇO JULIA DA COSTA, 1447	BAIRRO/DISTRITO BIGORRILHO	CEP 80730-070
MUNICÍPIO CURITIBA	FONE/FAX	UF PR
INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DE SAÍDA 22:38:21

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 57,18
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 2,06	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 55,12	

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 LÍQUIDO	

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	
1000005464	DRAMIN C/10 CAPS 25MG [L:541497 Qt:1] [VI. Desconto: R\$2,06]	30049039	0 41	5929	UN	1	17,83000000	17,83	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1000002470	LISADOR C/16 CPR 5+10+500MG [L:B23A1997 Qt:1]	30049099	5 41	5929	UN	1	39,35000000	39,35	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nr. Fabricação do ECF: EP121810000000025028 COO: 469602 NFC-e nr. 4484124 Serie ECF Emitido em: 02/10/2023 MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156 Base de calculo de ICMS = 55,12 Valor do ICMS = 9,37 Valor do ICMS Desonerado: 6,61	RESERVADO AO FISCO

Tomografia Computadorizada

Paciente **Matheus Henrique Marconato**
Nº Atend. **8464040 Pronto Atendimento**
Convênio **Escola Adventista**
Médico Req. **Rodrigo Celso da Silva**
Exame **1 - Tomografia de Cranio**

Idade **16 anos e 6 meses**
Dt. Exame **02/10/2023**
Prescrição: **11318494**

3.1

- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO -**TÉCNICA:**

Estudo tomográfico do encéfalo realizado com cortes axiais de 5,0 e 10,0 mm de espessura, sem a utilização de substância de contraste, demonstra os seguintes aspectos:

ANÁLISE:

Fossa posterior sem evidências de anormalidades;
Sulcos corticais, cissuras silvianas, cisternas da base e comunicantes de aspecto anatômico;
Estruturas da linha média centradas;
Sistema ventricular de morfologia, topografia e dimensões usuais;
Não há evidências de coleções ou calcificações intra ou extra-axiais;
Os níveis de atenuação do parênquima encefálico apresentam-se dentro da normalidade;
As porções visibilizadas das órbitas, seios paranasais e mastoides são de aspecto usual;
Arcabouço ósseo sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: Estudo tomográfico do encéfalo dentro dos padrões da normalidade.



Dr. Claudio Cesar de Oliveira Vendramini (CRM 07847)

Orientações de Alta

Nome **Matheus Henrique Marconato**Atendimento **8.464.040**Data Nascto **05/03/2007** 16 anos e 6 mesesData Entrada **02/10/2023 20:11**Nº CPF **124.422.789-79**

Data Alta

Endereço , nº ,

Nº Identidade

Município **Araquari - SC**Unidade **1**

Telefone

3.1

Diretor Técnico Médico: Dr. Bráulio Cesar da Rocha Barbosa (CRM - SC 03379)

traumatismo de cráneo

Ao exame inicial, o paciente apresenta-se bem, exame neurológico normal.

Glasgow de 15.

Entretanto, deverá ficar sob **observação** rigorosa durante as próximas 48 horas.

Voltar imediatamente ao PS, se aparecer algum dos seguintes sinais:

1. Sonolência exagerada

Observação: o paciente pode dormir normalmente, mas observe-a a cada 2 horas - se o sono parece exageradamente profundo, procure acordá-lo e observe o seu comportamento.

2. **Vômitos persistentes** por mais de 2 horas ou que reaparecem após ter cessado.

3. **Dor de cabeça forte** que aumenta progressivamente e não melhora com analgésicos.

4. Se houver dificuldade na movimentação de um dos braços ou pernas ou se a **marcha** torna-se insegura (cambaleante).

5. Se a **fala** torna-se titubeante ou o paciente não consegue falar.

6. **Mudança no comportamento**: irritabilidade, confusão.

7. Se uma **pupila parece maior do que a outra**.

8. Se o paciente vê **imagem dupla**, tem visão borrada ou estrabismo.

9. Apresentar **Convulsão**.

Se tudo correr bem nestas 48 horas, observe-a nas **2 próximas semanas**.

Se ocorrer **mudança evidente de comportamento ou febre**, consulte o médico.

Rodrigo Celso da Silva
Médico
CRM/SC 11701

FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

Prontuário	1310773	Atendimento	8464040	ID	
Nome	Matheus Henrique Marconato	Sexo	Masculino	Paciente:	1724554
Mãe	Marilene Vandoski Marconato	Clínica	Emergência Clínica	Guia	13732
Data Nascto	05/03/2007	Cód.Usuário	1333986	Funcionário	Henrique.S
Idade	16 anos e 6	Senha		Dt.Validade	30/12/2023
Data	02/10/2023	Hora	20:	Responsável	Kerolayne Viana da Silva
Convênio	Escola Adventista	Obs. Conv.:	copia da autorização + docs		

3,1

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, 2 de outubro de 2023

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF