

|                                                                                                                                                                      |                                          |                         |                                                                  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------|--|
| <br><b>IAESC</b><br><small>INSTITUTO ADVENTISTA DE ENSINO DE SANTA CATARINA</small> | <b>Favorecido</b>                        |                         | <b>Instituição Adventista Sul Brasileira de Educação - IAESC</b> |  |
|                                                                                                                                                                      | <b>CNPJ</b>                              |                         | <b>76.726.884/0044-68</b>                                        |  |
|                                                                                                                                                                      | <b>Banco</b>                             |                         | <b>237 - Bradesco</b>                                            |  |
|                                                                                                                                                                      | <b>Agencia</b>                           |                         | <b>2693</b>                                                      |  |
| <b>C. Corrente</b>                                                                                                                                                   |                                          | <b>11272-0</b>          |                                                                  |  |
| <b>Dados do reembolso - Seguro Aluno</b>                                                                                                                             |                                          |                         |                                                                  |  |
| <b>Código</b>                                                                                                                                                        | <b>Nome Aluno (a)</b>                    |                         |                                                                  |  |
| 3800                                                                                                                                                                 | Mileide Caroline Soares Coelho de Araújo |                         |                                                                  |  |
| <b>Descrição dos Gastos</b>                                                                                                                                          |                                          |                         |                                                                  |  |
| <b>Valor</b>                                                                                                                                                         | <b>NF</b>                                | <b>Prestador</b>        | <b>Descrição</b>                                                 |  |
| R\$ 73,74                                                                                                                                                            | 123.861                                  | Cia Latino Americana de | Medicamentos                                                     |  |
| <b>R\$ 73,74</b>                                                                                                                                                     | <b>Total Reembolso</b>                   |                         |                                                                  |  |

Araquari, 26 de Outubro de 2023.

Syendra Oliveira  
Operador do processo

Syendra Rinaldi Oliveira  
Enfermeira  
COREN N: 639647

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Mileide Caroline Soares Coelho de Araújo  
**Nº da Carteirinha:** 13.3.3800  
**Instituição:** Instituto Adventista de Ensino de Santa Catarina



**Data de Nascimento:** 19/05/2006

**Nº da Guia:** 13984

| Data da Ocorrência | Horário  | Local                  | Atividade                  |
|--------------------|----------|------------------------|----------------------------|
| 16/10/2023         | 12:14:00 | Acampamento do Camporí | Descendo degraus da escada |

| O que aconteceu | Partes do corpo    |
|-----------------|--------------------|
| Torção          | Tornozelo Esquerdo |

### Descrição

A aluna estava no acampamento do camporí no sábado à noite e quando foi descer uma escada ela torceu o pé, foi atendida pelo médico plantonista que administrou medicação para dor (dipirona) e colocou gelo no local. Devido à dor persistir, a aluna está sendo encaminhada para atendimento médico.

| Testemunha da ocorrência | Telefone        |
|--------------------------|-----------------|
| Emili Paiva              | (47) 99203-2122 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Syendra Rinaldi                 | 16/10/2023 |

| 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 continua sentindo dores e por esse motivo está sendo encaminhada para unidade de atendimento médico. Mãe ciente

Ass.:

*Syendra Oliveira*

Syendra Rinaldi Oliveira  
Enfermeira  
COREN N: 639647

Erenice Pereira De Araujo

**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, 16 de outubro de 2023.

**Mileide Caroline Soares Coelho de Araujo**

:USO ORAL

Flancox 600 mg

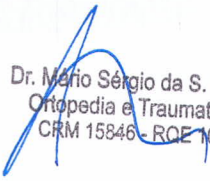
Tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas, POR 5 DIAS.

Caixa com 14 comprimidos.

:  
Lisador Dip ..... (1 caixa)

Tomar 1 comprimido 8/8 horas, SE DOR

GELO LOCAL 3 X DIA



Dr. Mário Sérgio da S. Miranda  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 15846 - RQE 10.930

Dr. Mario Sergio da Silva Miranda (CRM 15846)



|                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>CIA LATINO AMERICANA DE<br/>MEDICAMENTOS<br/>RUA BLUMENAU, 138<br/>CENTRO<br/>JOINVILLE<br/>SC<br/>CEP: 89204250<br/>TELEFONE: 4734331518</div> <div></div> | <div>DANFE<br/>DOCUMENTO AUXILIAR<br/>DA NOTA FISCAL<br/>ELETRÔNICA<br/>0 - Entrada 1<br/>1 - Saída 1<br/>Nº 000.123.861<br/>SÉRIE : 1<br/>FOLHA: 1 de 1</div> | <div></div> <div>CHAVE DE ACESSO<br/>4223 1084 6834 8101 0059 5500 1000 1238 6112 3152 0105</div> <div>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e<br/>www.nfe.fazenda.gov.br/portal<br/>ou no site da Sefaz Autorizadora</div> |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br>LANC. REGISTRADO EM EQUIP. CUPOM FISCAL                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br>342230239286850 - 16/10/2023 15:56:30                                                                                                                                                                                                                                                |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>254357601                                                                                                                                                                                                                   | INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA                                                                                                                             | CNPJ<br>84.683.481/0100-59                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

## DESTINATÁRIO/REMETENTE

|                                                     |                               |                                |                                                 |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------|
| NOME/RAZÃO SOCIAL<br>CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA |                               | CNPJ/CPF<br>15.116.763/0004-12 | DATA DA EMISSÃO<br>16/10/2023                   |
| ENDEREÇO<br>JULIA DA COSTA, 1447                    | BAIRRO/DISTRITO<br>BIGORRILHO | CEP<br>80730-070               | DATA DE SAÍDA/ENTRADA<br>16/10/2023             |
| MUNICÍPIO<br>CURITIBA                               | FONE/FAX                      | UF<br>PR                       | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>HORA DE SAÍDA<br>15:56:26 |

## FATURA

## CÁLCULO DO IMPOSTO

|                                 |                         |                       |                                    |                                 |                                   |                                    |  |                                   |
|---------------------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--|-----------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DE ICMS<br>0,00 |                         | VALOR DO ICMS<br>0,00 |                                    | BASE DE CÁLCULO ICMS ST<br>0,00 |                                   | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00 |  | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>82,35 |
| VALOR DO FRETE<br>0,00          | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | DESCONTO<br>8,61      | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>0,00 | VALOR DO IPI<br>0,00            | VALOR APROX. DOS TRIBUTOS<br>0,00 | VALOR TOTAL DA NOTA<br>73,74       |  |                                   |

## TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

|              |                                |             |                    |            |              |
|--------------|--------------------------------|-------------|--------------------|------------|--------------|
| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA<br>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 UNITÁRIO | VALOR TOTAL | B.CALC. ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALÍQUOTAS |      | VALOR APROX. DOS TRIBUTOS |
|------------|-----------------------------------------------------------------------|----------|------|------|-------|--------|----------------|-------------|--------------|------------|-----------|-----------|------|---------------------------|
|            |                                                                       |          |      |      |       |        |                |             |              |            |           | ICMS      | IPI  |                           |
| 1000024120 | FLANCOX C/14 CPR REV 600MG [L:23050286 Qt:1] [Vl. Desconto: R\$2,94]  | 30049079 | 5 41 | 5929 | UN    | 1      | 58,78000000    | 58,78       | 0,00         | 0,00       | 0,00      | 0,00      | 0,00 | 0,00                      |
| 1000010017 | LISADOR DIP C/10 CPR 1000MG [L:B23A4165 Qt:1] [Vl. Desconto: R\$5,67] | 30049069 | 5 41 | 5929 | UN    | 1      | 23,57000000    | 23,57       | 0,00         | 0,00       | 0,00      | 0,00      | 0,00 | 0,00                      |

## DADOS ADICIONAIS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>Nr. Fabricacao do ECF: EP121810000000025028<br>COO: 472982<br>NFC-e nr. 4487495 Serie ECF Emitido em: 16/10/2023<br>MD5: 7F9DBDDE6AA08707394152424630B156<br>Base de calculo de ICMS = 73.74<br>Valor do ICMS = 12.54 Valor do ICMS Desonerado: 8,85 | RESERVADO AO FISCO |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|



## CENTRO DIAGNOSTICO ORTOPÉDICO - CDO

### ORIENTAÇÕES DE RETORNO AMBULATORIAL

MARCAR RETORNO AMBULATORIAL NO CDO COM PARA REAVALIAÇÃO COM EQUIPE DE ORTOPEDIA DO HOSPITAL DONA HELENA

RETORNO EM 7 SEMANA

RETORNO ANTES NO PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL DONA HELENA OU AMBULATÓRIO NO CDO COM PARA REAVALIAÇÃO SE NECESSÁRIO OU SINAIS DE RISCO.

### ESPECIALIDADES DA ORTOPEDIA

- ( ) PÉ E TORNOZELO: DR CÁSSIO HIRAGA, DR IVAN SAMPAIO
- ( ) JOELHO: DR VITOR COROTTI, DR FELIPE NEVES
- ( ) QUADRIL: DR TAIUA MILAN
- ( ) COLUNA: DRA BÁRBARA MIROSKI, DR FELIPE MARTINS
- ( ) OMBRO E COTOVELO: DR GUILHERME STIRMA, DR JAN TAMANINI
- ( ) MÃO E PUNHO: DR REYNALDO LEMOS, DR MARCIO FIALLA
- ( ) ORTOPEDIATRICA: DRA HELENA STEIN
- ( ) RECONSTRUÇÃO ÓSSEA: DR IVAN SAMPAIO
- ( ) TUMOR ÓSSEO: DR ALVARO FERREIRA

### PARA MARCAR CONSULTA

POR WHATSAPP: (47) 3451-3333

POR TELEFONE: (47) 3451-3322 / 3451-3321

PELO SITE [www.hospitaldonahelena.com.br/agendaonline](http://www.hospitaldonahelena.com.br/agendaonline)

### LOCAL

HOSPITAL DONA HELENA (PRÉDIO NOVO 10º ANDAR)  
CDO – CENTRO DE DIAGNOSTICO ORTOPÉDICO  
RUA BLUMENAU, 123 - CENTRO - JOINVILLE – SC

*Dr. Mário Sérgio da S. Miranda*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 15846 - RQE 10.930



## FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA EMERGÊNCIA

|             |                                     |             |                       |             |                                                                                     |
|-------------|-------------------------------------|-------------|-----------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Prontuário  | 1314734                             | Atendimento | 8485609               | ID          |  |
| Nome        | Mileide Caroline Soares Coelho de A | Sexo        | Feminino              | Paciente:   | 1729439                                                                             |
| Mãe         | Augusto Vital de Araujo             | Clínica     | Emergência Ortopédica | Guia        | 13984                                                                               |
| Data Nascto | 19/05/2006                          | Cód.Usuário | 1333800               | Funcionário | Enyla.Maria                                                                         |
| Idade       | 17 anos e 4                         | Senha       |                       | Dt.Validade | 31/12/2023                                                                          |
| Data        | 16/10/2023                          | Hora        | 14:48                 | Responsável | Kerolayne Viana da Silva                                                            |
| 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, 16 de outubro de 2023

HOSPITAL DONA HELENA - Recep.

RESPONSÁVEL

PACIENTE

TESTEMUNHA / CPF